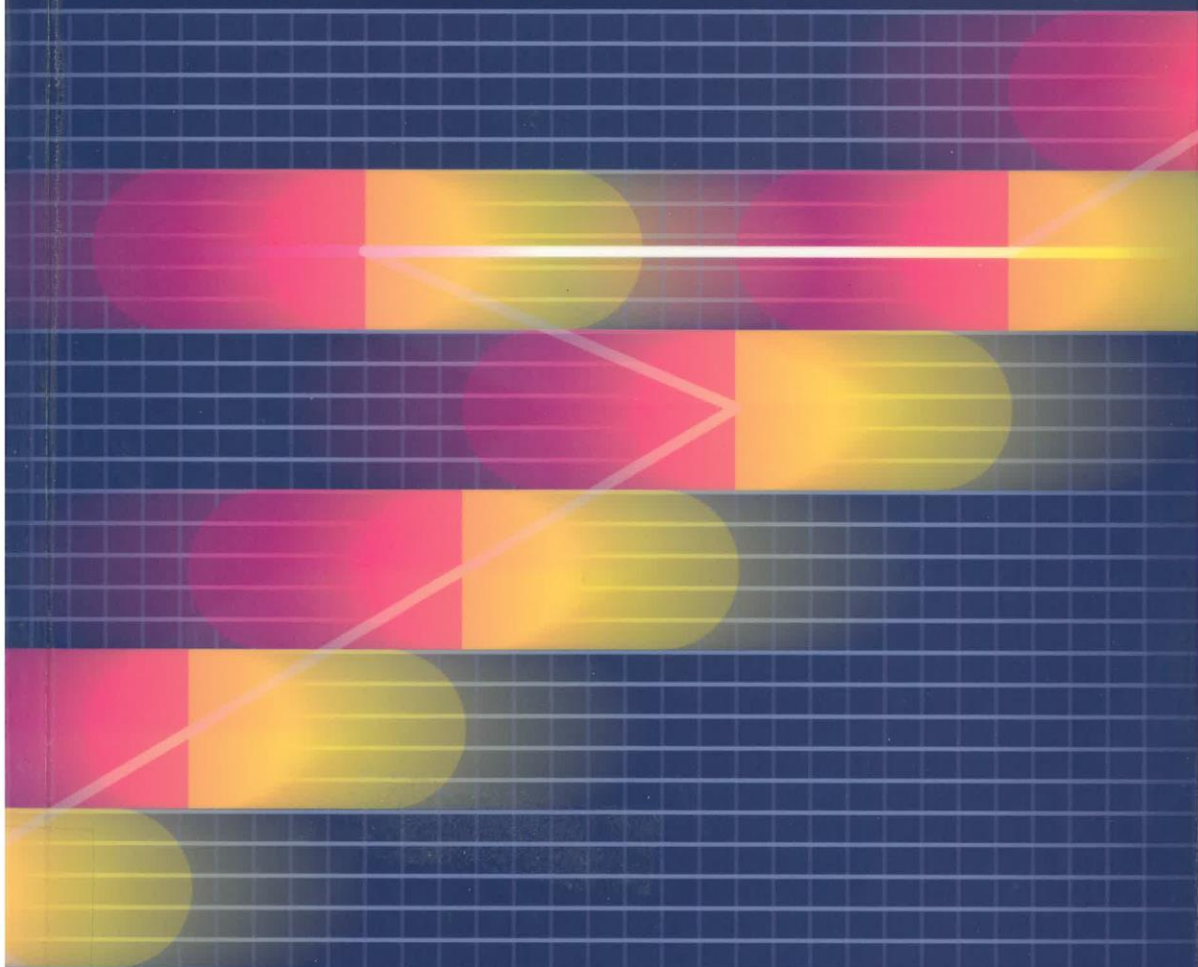


Else De Donder (Red.)

Psychoactieve medicatie

Cijfers in perspectief (1990-2002)



VAD

Gaavant

Inhoud

INHOUD	1
WOORD VOORAF	4
1. INLEIDING	5
2. DEFINITIES.....	6
2.1 ANALGETICA	8
2.2 PSYCHOLEPTICA	12
2.3 PSYCHOANALEPTICA	13
2.4 GENEESMIDDELEN VOOR DE BEHANDELING VAN PROBLEMATISCH ALCOHOL- EN DRUGGEBRUIK	15
3. MARKT VAN VRAAG EN AANBOD.....	19
3.1 INTERNATIONAAL PERSPECTIEF.....	19
3.2 BELGISCHE SITUATIE	23
4. GEBRUIK VAN PSYCHOACTIEVE MEDICATIE IN VLAANDEREN.....	42
4.1 ALGEMENE BEVOLKING EN GEBRUIK VAN PSYCHOACTIEVE MEDICATIE	42
4.1.1 <i>Gebruik van psychoactieve medicatie (gezondheidsenquête)</i>	43
4.1.2 <i>Gebruik van voorgeschreven en niet-voorgeschreven psychoactieve geneesmiddelen (gezondheidsenquête)</i>	46
4.1.3 <i>Gebruik van psychoactieve medicatie in andere bevolkingsenquêtes</i>	48
4.2 JONGEREN EN GEBRUIK VAN PSYCHOACTIEVE MEDICATIE	51
4.2.1 <i>Vlaamse studies</i>	51
<i>HBSC studie</i>	51
<i>VAD-leerlingenbevraging</i>	54
4.2.2 <i>Regionale studies</i>	57
<i>Jongerenonderzoek in de provincie Limburg</i>	57
<i>Jongerenonderzoek in Brussel</i>	58
<i>Schoolgaande jongeren in Brugge</i>	63
4.3 OUDEREN EN GEBRUIK VAN PSYCHOACTIEVE MEDICATIE	69
4.4 VROUWEN EN GEBRUIK VAN PSYCHOACTIEVE MEDICATIE	75
5. PROBLEMATISCH GEBRUIK.....	81
5.1 SPECIALE GROEPEN.....	82
<i>Zwangere vrouwen</i>	82
<i>Kinderen</i>	82
<i>Ouderen</i>	82
<i>Allochtonen</i>	84
5.2 GEBRUIK VAN PSYCHOACTIEVE MEDICATIE IN HET VERKEER	84
<i>Invloed op verkeersongevallen</i>	85
<i>Invloed op de rijvaardigheid</i>	85
<i>Richtlijnen over het gebruik van psychoactieve medicatie in het verkeer</i>	87
5.3 OVERLIJDEN NA GEBRUIK VAN PSYCHOACTIEVE MEDICATIE	88
<i>Suïcidepogingen</i>	88
<i>Suïcide</i>	90
<i>Overlijdens ten gevolge van medicatiegebruik</i>	92
6. PSYCHOACTIEVE MEDICATIE & PREVENTIE	93
6.1 PERSOONSGERICHTTE PREVENTIESTRATEGIEËN	93

<i>Ouderen</i>	94
<i>Allochtonen</i>	96
<i>Risicoberoepen</i>	96
<i>Risicosituaties – verkeer</i>	97
6.2 OMGEVINGSGERICHTE PREVENTIESTRATEGIEËN	97
<i>Gericht voorschrijven</i>	97
<i>Geneesmiddelenindustrie</i>	99
7. PSYCHOACTIEVE MEDICATIE & HULPVERLENING	100
7.1 VLAAMS INFORMATIESYSTEEM DRUGVRIJE CENTRA (VLIS-DC)	100
<i>Gebruik van dempende medicatie als voornaamste product</i>	101
<i>Gebruik van dempende en opwekkende medicatie</i>	102
<i>Gecombineerd gebruik</i>	103
7.2 VLAAMSE REGISTRATIE MIDDELENGEBRUIK (VRM).....	103
7.3 MINIMALE PSYCHIATRISCHE GEGEVENS (MPG)	105
7.4 DRUGLIJN	109
7.5 DE SLEUTEL	110
8. OPVALLENDE FEITEN: TRENDS IN MEDICATIEGEBRUIK	112
8.1 RILATINE®.....	112
8.2 ANTIDEPRESSIVA.....	117
9. CONCLUSIES	120
PSYCHOACTIEVE MEDICATIE	120
ONDERZOEK, PREVENTIE EN HULPVERLENING.....	121
PROBLEMATISCH GEBRUIK VAN PSYCHOACTIEVE MEDICATIE	124

Woord vooraf

Sinds 1991 is het Jaarboek een vaste waarde voor VAD. Jaar na jaar bezorgen we u daarmee een ruim overzicht van de meest recente cijfers over alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie en gokken.

Na zoveel jaar cijfers sprokkelen, onderzoek doornemen en registratiegegevens bestuderen, lijkt de tijd nu rijp om de resultaten van deze jaarlijkse verzamelwoede in een breder tijdsperspectief te plaatsen. Welke evoluties tekenen zich over een periode van tien jaar af? Het jaarboek in zijn huidige vorm leent zich niet tot het maken van vergelijkingen op langere termijn.

Aangezien het cijfermateriaal over onze vier thema's jaarlijks redelijk omvangrijk is, is het trouwens ook niet mogelijk om voor al deze onderwerpen een evolutie in de tijd te schetsen. Daarom kozen we ervoor om in 2003 een boek uit te brengen waarin we ons louter focussen op één thema, namelijk psychoactieve medicatie. De cijfers die we in de loop der jaren hebben verzameld, leggen we naast elkaar zodat we een globaal beeld krijgen van de evoluties die zich voordoen in de periode 1990-2002. Op basis van literatuur koppelen we daaraan een verdere uitdieping van dit thema.

Het gevolg van deze diepere analyse is dat we voortaan tweejaarlijks een jaarboek presenteren met de nieuwste cijfers over zowel alcohol, illegale drugs, psychoactieve medicatie als gokken. Het tussenliggende jaar concentreren we ons op de cijfers over één thema die we vervolgens naar tijdsperspectief en achtergronden verder analyseren. We hopen zo op interessante trends te stoten die we misten in de jaarboeken oude stijl.

1. Inleiding

Gebruik van medicatie is een thema dat naast de aandachtsgevoelige thema's alcohol- en illegaledruggebruik wel eens op het achterplan durft te geraken. Nochtans horen we vaak dat we als Belgen tot de grootste pillenslikkers ter wereld behoren. Alleszins is het gebruik van medicijnen in onze prestatiegerichte maatschappij de laatste jaren alleen maar toegenomen. Toenemend gebruik betekent echter ook meer kans op problemen met dat gebruik.

VAD focust op psychoactieve geneesmiddelen aangezien vooral bij deze middelen afhankelijkheid en misbruik een probleem kunnen zijn. Onder psychoactieve geneesmiddelen verstaan we analgetica (niet-narcotische en narcotische pijnstillers en anti-migraine middelen), psycholeptica (neuroleptica en slaap- en kalmeringsmiddelen), psychoanaleptica (antidepressiva en psychostimulantia) en geneesmiddelen voor de behandeling van problematisch alcohol- en illegaal druggebruik.

Onderzoek over (problematisch) gebruik van psychoactieve medicatie is schaars, zeker in België. Cijfers over gebruik van psychoactieve medicatie vinden we wel terug in de gezondheidsenquête, diverse leerlingenbevragingen en leefsituatieonderzoek bij ouderen. Administratieve data en cijfers van de farmaceutische industrie zeggen ons iets over de marktsituatie en de verkoop van psychoactieve medicatie.

Gebruik van psychoactieve medicatie kan problemen veroorzaken bij bepaalde bevolkingsgroepen en in het verkeer. Daarnaast is medicatie een veel gebruikt middel bij suïcidepogingen. Registratiedata uit de alcohol- en drughulpverlening geven een indicatie van het problematisch gebruik van psychoactieve geneesmiddelen. Gepaste preventieinitiatieven kunnen ervoor zorgen dat problemen worden voorkomen. We geven een overzicht van preventiecampagnes en preventiemateriaal van de laatste tien jaar.

Om af te sluiten staan we iets langer stil bij de opvallendste trends, namelijk de exponentiële toename in de Rilatine®-verkoop en de stijgende verkoop van antidepressiva.

In de verschillende hoofdstukken presenteren we cijfers die een evolutie aangeven binnen de periode 1990-2002. Als we onderzoek bespreken beperken we ons tot onderzoek dat in deze periode minstens eenmaal werd herhaald, zodat we ook hier evoluties kunnen aangeven, en tot zeer recent onderzoek.

2. Definities

Een medicijn is een stof die inwerkt op bepaalde aangrijpingspunten in het lichaam (de receptoren) waardoor een wisselwerking optreedt tussen de chemische stof in het medicijn en het ontspoorde biologische systeem (Timmermans & Korten, 1998).

De wet op de geneesmiddelen¹ definieert geneesmiddelen als volgt:

“elke enkelvoudige of samengestelde substantie, aangediend als hebbende therapeutische of profylactische eigenschappen met betrekking tot ziekten bij mens of dier. Elke enkelvoudige of samengestelde substantie die aan mens of dier toegediend kan worden teneinde een medische diagnose te stellen of om organische functies bij mens of dier te herstellen, te verbeteren of te wijzigen, wordt eveneens als geneesmiddel beschouwd.”

Een geneesmiddel kan uit een enkele werkzame stof bestaan, of samengesteld zijn uit een combinatie van twee of meer werkzame stoffen (Timmermans & Korten, 1998).

Oorspronkelijk bestond medicatie uit natuurlijke producten. Gaandeweg is men deze geneeskrachtige producten kunstmatig beginnen nabootsen. Toch blijven er producten van plantaardige oorsprong bestaan die niet synthetisch kunnen aangemaakt worden. Morfine en codeïne zijn daar voorbeelden van. Naast natuurlijke en kunstmatige geneesmiddelen is er nog een derde groep geneesmiddelen van dierlijke oorsprong. Dit zijn vaccins, immunoglobulinen en hormonen.

Gaan we uit van de werking van geneesmiddelen dan zijn er preventieve en curatieve geneesmiddelen te onderscheiden (Christelijke Mutualiteit, 1997; Piette e.a., 1992). Preventieve geneesmiddelen voorkomen het optreden van ziekte (bv. vaccins) en curatieve geneesmiddelen behandelen of stabiliseren ziekte (bv. insuline of antibiotica). Daarnaast bestaat het onderscheid tussen symptomatische medicatie die inwerkt op ziekteverschijnselen zoals pijn of hoest (bv. pijnstillers en slaap- en kalmeringsmiddelen) en oorzakelijke medicatie die de oorzaak van de ziekte aanpakt (bv. antibiotica) (Provincie Limburg, 2002b; Piette e.a., 1992). Oorzakelijke geneesmiddelen genezen de ziekte, symptomatische medicatie voorkomen of genezen de ziekte niet maar geven meer comfort tijdens de ziekte.

Volgens de bereidingswijze kunnen we het onderscheid maken tussen farmaceutische specialiteiten, magistrale bereidingen en officinale bereidingen (CM, 1997). Farmaceutische specialiteiten zijn geneesmiddelen die op voorhand bereid zijn, een specifieke naam en een bepaalde verpakkingsvorm hebben. Magistrale bereidingen bereidt de apotheker zelf

¹ Wet op de geneesmiddelen van 25 maart 1964 (B.S. 17/04/1964) gewijzigd door de wet van 24 december 2002 (B.S. 31/12/2002).

volgens een medisch voorschrift. Officinale bereidingen bereidt de apotheker zelf volgens de aanwijzingen van de Farmacopee². De farmaceutische specialiteiten kunnen merkgeneesmiddelen zijn, kopieën of generische geneesmiddelen. Ze zijn echter volgens dezelfde formule ontwikkeld als de merkgeneesmiddelen en zijn dus identiek aan het oorspronkelijk geneesmiddel.

Op de geneesmiddelenmarkt en binnen ons sociale zekerheidssysteem bestaat verder nog het onderscheid tussen terugbetaalbare geneesmiddelen, niet-terugbetaalbare geneesmiddelen en vrij verkrijgbare geneesmiddelen en voorschriftplichtige niet-terugbetaalbare geneesmiddelen (Algemene Vereniging van de Geneesmiddelenindustrie, 2002b).

Ten slotte zijn er de allopathische geneesmiddelen, die gebruikt worden in de klassieke geneeskunde, en homeopathische geneesmiddelen (CM, 1997).

Tegenwoordig komen we ook vaak de term zelfzorggeneesmiddelen tegen. Zelfzorggeneesmiddelen zijn bedoeld om aandoeningen of symptomen te bestrijden die goedaardig of voorbijgaand zijn en zijn zonder voorschrift bij de apotheker te verkrijgen. Vrij verkrijgbare pijnstillers zijn een voorbeeld van zelfzorggeneesmiddelen (AVGI, 1998).

Geneesmiddelen worden naargelang hun werking ingedeeld in een *classificatiesysteem*. Deze indeling is redelijk ingewikkeld omdat er verschillende systemen naast elkaar bestaan. De “Anatomical Therapeutic Chemical Classification” (ATC-classificatie) is de basisindeling die door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) voorop wordt gesteld. In België zijn de systemen van het Belgisch Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie (BCFI) (geneesmiddelenrepertorium) en van Pharma.be³ (geneesmiddelen compendium) meer gebruikelijk.

Om deze indelingen te doorgronden is het belangrijk te weten dat er verschillende *benamingen* bestaan voor een geneesmiddel (Timmermans & Koten, 1998). Elk medicijn heeft een generische naam of een stofnaam. Deze naam wordt door de WHO vastgesteld en is internationaal erkend. Internationaal spreekt men over de International Non-proprietary Name (INN). Daarnaast heeft een medicijn een merknaam, maar ook een Latijnse naam. De wetenschappelijke naam is gebaseerd op de wetenschappelijke formule. Ten slotte kunnen er nog synoniemen gebruikt worden.

Voorbeeld benaming medicijn

generische naam of stofnaam: paracetamol

wetenschappelijke naam: 4-hydroxyacetanilide

² De Farmacopee is het officieel handboek met voorschriften voor de bereiding van geneesmiddelen (Van Dale woordenboek op www.vandale.nl).

³ Pharma.be is de nieuwe naam van de Algemene Vereniging voor de Geneesmiddelen Industrie (AVGI).

Latijnse naam: paracetamolum
merknaam: bv. Panadol®
synoniem: acetaminophenum, acetylaminofenol

Met de benaming *psychoactieve medicatie* wordt algemeen verwezen naar geneesmiddelen die hun hoofdwerving hebben ter hoogte van het centrale zenuwstelsel en die vooral psychische functies beïnvloeden (zoals denken, voelen, gedrag). Psychoactieve medicatie wijzigt de normale processen binnen het centrale zenuwstelsel.

Binnen deze groep medicatie is VAD specifiek geïnteresseerd in de geneesmiddelen die bij regelmatig gebruik een risico op afhankelijkheid inhouden (Casselman, 1999). Op dat moment wordt geneesmiddelengebruik problematisch. Ook wanneer personen min of meer bewust afwijken van de voorgeschreven dosis van geneesmiddelen spreken we van problematisch gebruik (CM, 1997; Dom, 2000). Dit kan door geneesmiddelen te lang en te veel in te nemen (door het opsparen van geneesmiddelen, door het nemen van medicatie die voor iemand anders is bedoeld, door het telkens opnieuw vragen van een voorschrift aan de arts), door het nemen van medicijnen waarvoor ze niet zijn bedoeld (bv. amfetamineachtigen voor het verbeteren van prestaties) of door de risico's die verbonden zijn aan het gebruik van geneesmiddelen te negeren (bv. rijden onder invloed van bepaalde medicijnen).

Bijgevolg verstaan we in deze tekst onder analgetica of pijnstillers, psycholeptica, psychoanaleptica en middelen die gebruikt worden bij de behandeling van problematisch gebruik van illegale drugs, alcohol of tabak psychoactieve geneesmiddelen. Om tot deze indeling van psychoactieve geneesmiddelen te komen vertrekken we van de "Anatomical Therapeutic Chemical Classification" (ATC), die we aanvullen met de in België meer gebruikelijke indeling van het BCFI. De indeling van de geneesmiddelen in de behandeling van problematisch middelengebruik is gebaseerd op Van den Brink en Geerlings (1999a, 1999b)⁴.

2.1 Analgetica

⁴ De volledige lijst van de geneesmiddelen die we bespreken is opgenomen in bijlage 1. Binnen de ATC codes van geneesmiddelen die inwerken op het centraal zenuwstelsel vallen ook anaesthetica (N01), anti-epileptica (N03), anti-parkinson middelen (N04) en andere middelen die inwerken op het centraal zenuwstelsel (N07). Aangezien deze groepen geneesmiddelen nagenoeg uitsluitend voor deze specifieke ziektebeelden worden gebruikt, houden ze minder risico op afhankelijkheid in. Daarom hebben we deze geneesmiddelen niet opgenomen in onze definitie van psychoactieve medicatie. Strikt genomen beïnvloeden deze middelen wel het centrale zenuwstelsel.

Analgetica of pijnstillers worden gebruikt voor de symptomatische behandeling van pijn (Boudry e.a., 2001a). Zij kunnen farmacologisch worden onderverdeeld in narcotische en niet-narcotische analgetica⁵ (tabel 2.1 en bijlage 1).

⁵ Strikt genomen zijn de niet-narcotische analgetica geen psychoactieve geneesmiddelen. In de ATC-classificatie worden deze producten echter wel ondergebracht bij de geneesmiddelen die inwerken op het zenuwstelsel. Daarom koos VAD ervoor om in de bespreking van analgetica ook de niet-narcotische analgetica op te nemen.

Tabel 2.1
Analgetica – pijnstillers

niet-narcotische analgetica	<i>enkelvoudige preparaten</i>
	- paracetamol - salicylaten - pyrazolonderivaten - nefopam
	<i>associaties</i>
	<i>associaties van pyrazolonderivaten en spasmolytica</i>
narcotische analgetica	<i>niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen</i>
	<i>enkelvoudige preparaten</i>
	- zeer krachtige analgetica - analgetica met middelmatige activiteit - minder krachtige analgetica
	<i>associaties</i>
anti-migraine middelen	<i>middelen bij de acute migraine aanval</i>
	- triptanen - ergotamines
	<i>profylactische middelen</i>
	<i>combinatiepreparaten</i>

Binnen de niet-narcotica kunnen we enkelvoudige en samengestelde preparaten onderscheiden (BCFI, 2003b). De enkelvoudige preparaten bestaan dan voornamelijk uit preparaten met paracetamol (bv. Dafalgan®) of acetylsalicylzuur (bv. Aspirine®)⁶. De samengestelde preparaten zijn meestal een combinatie van enerzijds paracetamol of acetylsalicylzuur met anderzijds codeïne of coffeïne en vitamine C (bv. Aspirine Duo®). Ook de samenstelling acetylsalicylzuur plus paracetamol komt voor. In principe geeft men de voorkeur aan enkelvoudige preparaten. De samengestelde preparaten kunnen immers door de toevoeging van codeïne of coffeïne chronisch gebruik in de hand werken (BCFI, 2003b). Sinds 1 maart 2002 is trouwens voor de preparaten die codeïne bevatten een voorschrift vereist⁷.

⁶ Omdat merknamen vaak beter gekend zijn dan stofnamen geven we in de tekst telkens één of meerdere voorbeelden van merknamen. In bijlage 1 is de volledige lijst met merknamen per stof weergegeven.

⁷ Rekening houdend met het gevaar op misbruik van samengestelde analgetica paste de wetgever in augustus 2000 de wetgeving over het afleveren van geneesmiddelen die bepaalde analgetica bevatten aan. Het gaat in het bijzonder om medicijnen waarin codeïne verwerkt is. Het Koninklijk Besluit van 12 augustus 2000 specificeert dat geneesmiddelen met een associatie van één of meer analgetica met een dosis van 15 mg of meer codeïne aan een medisch voorschrift zijn onderworpen (K.B. waarbij de aflevering van geneesmiddelen voor humaan oraal gebruik die bepaalde associaties van analgetica bevatten, onderworpen wordt een medisch voorschrift. B.S. 12 augustus 2000). Een Koninklijk Besluit van 24 augustus 2001 wijzigt deze regeling zodat alle associaties van één of meer analgetica met codeïne een voorschrift vereisen (K.B. tot wijziging van het K.B. van 12 augustus 2000 waarbij de aflevering van geneesmiddelen voor humaan oraal gebruik die bepaalde associaties van analgetica bevatten, onderworpen wordt een medisch voorschrift. B.S. 24 augustus 2001). Er is dus geen sprake meer van een bepaalde hoeveelheid codeïne. Rekening houdend met een overgangperiode ging deze wijziging in op 1 maart 2002.

Niet-steroïdale anti-inflammatoire farmaca worden ook vaak gebruikt voor hun analgetisch effect (bv. Cataflam®) (BCFI, 2003b). Ze worden vooral gegeven in de behandeling van ontstekingspijn of botpijn, maar ook bij koorts of gewone pijn (Boudry e.a., 2001a).

Het zijn echter vooral de narcotische analgetica die bij regelmatig gebruik een risico op tolerantie⁸ en lichamelijke afhankelijkheid inhouden. Narcotische geneesmiddelen zijn in feite opiaten, die in de natuur worden afgeleid van de papaverzaden (Julien, 2001). Morfine en codeïne zijn de analgetische componenten die op natuurlijke wijze in de papaverzaden zijn terug te vinden. Ondertussen zijn er ook al synthetische opiaten zoals fentanyl of methadon. Het woord *narcotisch* komt van het Griekse *narke* wat “slaap” of “verdooving” betekent waarmee het verwijst naar geneesmiddelen die slaap veroorzaken. Tegenwoordig wordt de term *narcotica* ook in politiekringen gebruikt om het hele gamma van illegale drugs mee aan te duiden. Dat is enigszins verwarrend.

Narcotische analgetica worden ingedeeld volgens hun pijnstillend vermogen: weinig krachtige analgetica, analgetica met middelmatige activiteit en krachtige analgetica. Hoe uitgesprokener het analgetisch effect is hoe groter het risico op toxicomanie wordt (BCFI, 2003b). De WHO voorziet dan ook drie stappen bij behandeling van chronische pijn (Boudry e.a., 2001a). In een eerste fase tracht men de pijn steeds te behandelen met een niet-narcotische enkelvoudige pijnstiller. De tweede stap bestaat uit het gebruik van een zwak werkend narcotisch analgeticum met of zonder een niet-narcotische enkelvoudige pijnstiller. Pas in een laatste fase kan men overstappen naar het gebruik van een sterk werkend narcoticum zoals morfine. Morfine is een belangrijke pijnstiller om doeltreffend hevige en langdurige pijn te behandelen bij bijvoorbeeld terminale kankerpatiënten (Laekeman, 2002). In deze gevallen leidt dat niet tot afhankelijkheid omdat de morfine zich zal hechten aan de morfinebindingsplaatsen in ons lichaam. Die zijn er veel bij sterke pijn. Zo primeert de pijnstillende werking van morfine op de euforiserende werking.

Door hun antagonistische of agonistische werking worden narcotische analgetica ook aangewend in de behandeling van problematisch alcohol- of opiaatgebruik (zie supra).

Voor de behandeling van migraine zijn er specifieke geneesmiddelen indien met enkelvoudige niet-narcotische pijnstillers of niet-steroïdale anti-inflammatoire farmaca onvoldoende resultaat wordt geboekt (BCFI, 2003b). Het gaat om triptanen of ergotamines, die gebruikt worden bij een acute migraine-aanval, of profylactische middelen bij frequente migraineaanvallen.

⁸ Als gevolg van langdurig en intensief gebruik van een middel kan daarvoor tolerantie ontstaan. Dit wil zeggen dat het farmacologisch effect van een stof op een biologisch systeem vermindert bij een volgende toediening van die stof (Gezondheidsraad, 2002). Tolerantie betekent gewenning van het lichaam aan herhaald gebruik van een verslavende stof, waardoor steeds meer van deze stof moet worden genomen (Van den Brink & Geerlings, 1999a).

2.2 Psycholeptica

Psycholeptica zijn een tweede categorie psychoactieve geneesmiddelen (tabel 2.2 en bijlage 1). Psycholeptica zijn geneesmiddelen die bepaalde geestelijke functies onderdrukken (Delmeire, z.j.). Daarbinnen onderscheiden we de neuroleptica en de angstwerende middelen en slaap- en kalmeringsmiddelen.

Tabel 2.2
Psycholeptica

neuroleptica	
anxiolytica, hypnotica & sedativa	<i>benzodiazepines</i>
	<i>middelen verwant aan de benzodiazepines</i>
	<i>varia</i>

Neuroleptica werken antipsychotisch en worden daarom ook wel antipsychotica genoemd (Nolen, 1992). Deze medicatie onderdrukt psychotische verschijnselen zoals hallucinaties. Neuroleptica worden ook gebruikt in de behandeling van manie

en ernstige vormen van onrust.

Tussen angstwerende, sedatieve en hypnotische eigenschappen van geneesmiddelen is het moeilijk een onderscheid te maken (BCFI, 2003b). Men veronderstelt dat vooral de dosis bepaalt welke eigenschap primeert. Deze geneesmiddelen worden dan ook in één categorie ondergebracht. Wanneer bij slapeloosheid en angstproblemen gekozen wordt voor een medicamenteuze behandeling, wordt de voorkeur gegeven aan benzodiazepines omdat zij weinig toxisch zijn bij overdosering maar toch even effectief zijn als andere middelen zoals barbituraten. Er zijn kortwerkende, halflangwerkende en langwerkende benzodiazepines (Boudry e.a., 2001c). Bij slaapproblemen worden de halflangwerkende verkozen zodat ze 's morgens uitgewerkt zijn. Bij angst zijn benzodiazepines met een langere werkingsduur aanbevolen. Benzodiazepines worden in het midden van de jaren vijftig geïntroduceerd als een alternatief voor de barbituraten (Haafkens, 1997). Ze werden door de medische wereld meteen enthousiast onthaald en behoren nu tot de meest voorgeschreven geneesmiddelen ter wereld. Het gebruik van barbituraten daalde sterk mede omdat ze dodelijk zijn bij een overdosis, omdat ze een hoog tolerantie- en afhankelijkheidspotentieel hebben en omdat ze op een gevaarlijke manier interageren met andere producten waaronder alcohol (Julien, 2001). Als antwoord op de barbituraten zijn de benzodiazepines uiteraard een grote stap vooruit (De Meyere, 2003). Toch kan men zich ook bij de effectiviteit van de benzodiazepines vragen stellen. Bij chronisch gebruik kan tolerantie voor de effecten van benzodiazepines optreden, waardoor een steeds hogere dosis nodig is om het oorspronkelijke effect te bekomen (BCFI, 2003b). Na enkele weken ontstaat psychische en lichamelijke afhankelijkheid en bij stoppen kunnen ontwenningssverschijnselen optreden. De resultaten van een bevolkingsonderzoek in Vlaanderen bevestigen dit tolerantie-effect echter niet

(Habraken e.a., 1995). De chronische gebruikers van benzodiazepines in deze studie namen een gemiddelde dosis van 7,4 mg diazepam per dag gedurende gemiddeld negen jaar.

Placebogecontroleerde studies wijzen erop dat benzodiazepines in de eerste week een positief effect hebben op de slaap (De Meyere, 2003). In de volgende weken is er echter geen verschil meer met een placebo. In vergelijkend onderzoek tussen benzodiazepines en niet-medicamenteuze therapie blijkt dat enkel de gedragstherapie ook op langere termijn effectief is.

Tegenwoordig zijn er ook niet-benzodiazepinehypnotica op de markt waarvan gezegd wordt dat ze de ongewenste effecten van de benzodiazepines zoals hang-over niet zouden hebben (De Meyere, 2003). Het gaat dan bijvoorbeeld om producten als Imovane®, Stilnoct® of Sonata®. Uit wetenschappelijke studies blijkt echter dat zij wel degelijk de ongewenste effecten van de benzodiazepines bezitten.

Concluderend kunnen we stellen dat in de aanpak van slaapstoornissen en angstproblemen de niet-medicamenteuze aanpak dan ook de voorkeur verdient (BCFI, 2002b; De Meyere, 2003).

2.3 Psychoanaleptica

Psychoanaleptica zijn psychoactieve geneesmiddelen met een opwekkende, stimulerende werking op de psyche (Van Everdingen, 1998). Onder de categorie psychoanaleptica vallen de antidepressiva en de psychostimulantia (tabel 2.3 en bijlage 1).

Tabel 2.3
Psychoanaleptica

antidepressiva	<i>tricyclische en aanverwante antidepressiva en SSRI's⁹</i>	Zoals de naam laat vermoeden zijn antidepressiva aangewezen bij de behandeling van depressie (Nolen, 1992). Ze worden ook ingezet bij de behandeling van angststoornissen, chronische depressieve stemmingsstoornis, gewelddadige en agressieve gedragsstoornissen en
	- eerste groep	
	- tweede groep	
psychostimulantia	- derde groep (SSRI's)	
	<i>inhibitoren van de mono-amino-oxydase</i>	
	<i>lithiumzouten</i>	
psychostimulantia	<i>eetlustremmers</i>	bepaalde chronische pijnsyndromen (Julien, 2001). Omwille van de ongewenste effecten werd in de jaren tachtig en negentig een tweede generatie antidepressiva ontwikkeld, de zogenaamde "serotonine heropname remmers" (SSRI's) waarvan Prozac® een bekend
	<i>andere</i>	

⁹ Serotonine heropname remmers.

voorbeeld is (Julien, 2001). Daarnaast zijn er de MAO-remmers (mono-amino-oxydase remmers) en lithium.

De tricyclische antidepressiva en de SSRI's zijn even effectief (De Meyere, 2002). Beide groepen kennen evenveel ongewenste effecten maar deze zijn wel verschillend van aard. Tricyclische antidepressiva geven meer anticholinerge en cardiovasculaire ongewenste effecten, terwijl SSRI's meer neurologische en gastro-intestinale ongewenste effecten uitoefenen. Van de tricyclische antidepressiva zijn de ongewenste effecten ondertussen allemaal bekend terwijl van de SSRI's nog steeds nieuwe ongewenste effecten opduiken. Daarom is, zeker op de eerste lijn, een tricyclisch antidepressivum aan te bevelen boven de SSRI's. Nochtans kent de verkoop van de SSRI's de laatste jaren een enorme opgang (zie hoofdstuk 3.2). Mogelijks worden de nieuwere middelen ook ingezet om stemmingsstoornissen in plaats van echte depressies te behandelen (Laekeman, 2002). Dat is dan een trend waar we ons vragen kunnen bij stellen.

De werking van de meeste antidepressiva situeert zich tussen heel sederend en activerend (De Meyere, 2002). De antidepressiva met een sederende werking (bv. amitriptyline, doxepine, maprotiline, mianserine, trazodon, fluvoxamine) kunnen ook als slaapmiddel worden gegeven.

Psychostimulantia monteren de stemming op, leiden tot euforie, verhogen de motorische activiteit en de alertheid, verminderen de vermoeidheid en de eetlust (Julien, 2001; Yoshida, 1997). Deze effecten worden veelal als positief ervaren. Deze producten worden dan ook gebruikt om de concentratie te verbeteren en vermoeidheid tegen te gaan door bijvoorbeeld chauffeurs, studenten of nachtarbeiders (World Health Organization, 1997; Yoshida, 1997). Wanneer psychostimulantia om niet-medische redenen gebruikt worden, spreken we van een problematisch gebruikspatroon (Yoshida, 1997). Negatief is dat ze ook kunnen leiden tot angst, rusteloosheid, slapeloosheid of geïrriteerdheid (Julien, 2001; Yoshida, 1997). Aanvankelijk werden psychostimulantia gebruikt voor een brede waaier van aandoeningen zoals astma, epilepsie, reisziekte, obesitas, schizofrenie, narcolepsie en hyperactiviteit bij kinderen (Yoshida, 1997). Tegenwoordig is het medisch (verantwoord) gebruik van psychostimulantia beperkt tot de behandeling van narcolepsie en van aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD). Modafinil wordt vooral gebruikt bij narcolepsie, methylfenidaat (bv. Rilatine®) kalmeert hyperactiviteit en verbetert de aandacht bij ADHD (BCFI, 2003b; Julien, 2001; Yoshida, 1997).

Sommige amfetaminederivaten werden vroeger gebruikt in de behandeling van obesitas maar deze werden recentelijk van de markt verwijderd (BCFI, 2003b). Enkel sibutramine, een eetlustremmer die chemisch verwant is met de amfetamines, kan nog gebruikt worden in

de aanpak van obesitas. Toch moet men zich realiseren dat het vermageringseffect beperkt is aangezien het gewicht terug toeneemt als men stopt met de behandeling. Orlistat, een ander product dat gebruikt wordt in de behandeling van obesitas, heeft geen effect op het centraal zenuwstelsel.

2.4 Geneesmiddelen voor de behandeling van problematisch alcohol- en druggebruik

Een laatste categorie geneesmiddelen die we bespreken als psychoactieve medicatie zijn producten die gebruikt worden in de farmacotherapie van problematisch alcohol- en druggebruik (tabel 2.4 en bijlage 1). Niet alle geneesmiddelen die in deze farmacotherapie gebruikt worden zijn psychoactieve geneesmiddelen. Voor de volledigheid nemen we ze wel op in tabel 2.4 maar markeren ze met een asteriks (*).

Farmacologische behandelmethoden worden steeds meer gebruikt bij alcohol- en andere drugproblemen (Van den Brink & Geerlings, 1999a). Opiaat-antagonisten¹⁰ en opiaat-agonisten¹¹ zijn voor de hand liggende producten in de behandeling van opiaatafhankelijkheid, maar ze worden bijvoorbeeld ook gebruikt om de hunkering naar alcohol te verminderen. Daarnaast zijn benzodiazepines vaste waarden in de alcohol- en drughulpverlening, maar ook andere medicijnen kunnen de behandeling van afhankelijkheid aanvullen (Schouten & de Vos, 1998). Bij cocaïnegebruikers is de farmacologische behandeling niet zo vanzelfsprekend aangezien verschillende problemen de farmacologische behandeling van cocaïneafhankelijkheid bemoeilijken (Julien, 2001). Ten eerste is er de intensiteit van het effect van het product en het intense gedragsversterkende effect. Ten tweede is er een zeer sterke tendens naar herval. Ten derde hebben veel cocaïneafhankelijken een comorbide stoornis zoals depressie.

Tabel 2.4
Middelen voor de behandeling van problematisch gebruik¹²

medicatie die intoxicatie bestrijdt	
alcohol	naloxon
	flumazenil
opiaten	naloxon
medicatie die ontgiftigt en onthoudingsverschijnselen bestrijdt	

¹⁰ Antagonisten zijn stoffen die in de hersenen op dezelfde receptor(en) aangrijpen als de verslavende stof, maar géén psychotroop effect hebben (Van den Brink & Geerlings, 1999a).

¹¹ Agonisten zijn stoffen die in de hersenen op dezelfde receptor(en) aangrijpen als de verslavende stof en ongeveer hetzelfde psychotroop effect hebben (Van den Brink & Geerlings, 1999a). Partiële antagonist hebben een geringer psychotroop effect.

¹² Aangezien we ons voor de gehanteerde indeling baseren op internationale literatuur is het mogelijk dat niet alle producten in dezelfde mate toegepast worden in België. LAAM is bijvoorbeeld een product dat in ons land niet wordt gebruikt.

alcohol	benzodiazepines
	propranolol (beta-blokker)*
	clonidinehydrochloride *
opiaten	methadonhydrochloride
	buprenorfine
	naltrexon
	clonidinehydrochloride *
cocaïne	bromocriptine
	amantadine
medicatie om terugval te voorkomen	
alcohol	Disulfiram *
	acamprosaat
	naltrexon
opiaten	naltrexon
	buprenorfine
	methadonhydrochloride of levo-alfa-acethyl-methodal (LAAM)
cocaïne	desipramine
	carbamazepine
medicatie om het gebruik te stabiliseren	
alcohol	medicatie die leverfunctiestoornissen voorkomt of vermindert*
opiaten	methadonhydrochloride of levo-alfa-acethyl-methodal (LAAM)
	buprenorfine
cocaïne	methylfenidaat
medicatie voor de behandeling van nicotineafhankelijkheid	
tabak	nicotine
	bupropion

*: is geen psychoactieve medicatie

Van den Brink en Geerlings (1999a, 1999b) beschrijven vier stappen in de behandeling waarin farmacotherapie een plaats heeft:

1.

*De bestrijding van acute intoxicaties*¹³. In deze fase wordt gebruik gemaakt van antagonisten (bv. naloxon) of producten die somatische en psychiatrische symptomen bestrijden (bv. flumazenil). Voor cocaïne bestaat geen antagonist, waardoor de behandeling zich op dit niveau beperkt tot symptoombestrijding.

2.

Het bewerkstelligen van abstinentie. Ontgiftiging en bestrijding van onthoudingsverschijnselen zijn een eerste stap naar abstinentie. Agonisten of partiële antagonisten kunnen dit proces verlichten. Onthoudingsverschijnselen bij problematisch alcoholgebruik kunnen het best behandeld worden met benzodiazepines. Soms gebeurt dat in combinatie met bèta-blokkers¹⁴ of clonidine. De bekendste symptomen van alcoholontwenning zijn tremor van de handen, zweetaanvallen, braakneigingen, angst- en paniekaanvallen, onrust of slaapstoornissen (Schouten & de Vos, 1998). Door de ervaring van deze symptomen hervalt men vaak in alcoholgebruik. Benzodiazepines bieden dan een

¹³ Daarmee bedoelen de auteurs overdosering.

¹⁴ Een bèta-blokker is een geneesmiddel dat ondermeer wordt toegediend bij een hoge bloeddruk (Van den Brink & Geerlings, 1999a).

antwoord door de onthoudingssymptomen te behandelen en de negatieve bekrachtiging te blokkeren. Wel moet men opletten met het feit dat benzodiazepines en alcohol elkaars gedragseffecten en elkaars euforisch effect versterken. Dit bemoeilijkt uiteraard de behandeling.

Voor de medicamenteuze behandeling van onthoudingsverschijnselen bij heroïnegebruik gericht op totale onthouding zijn diverse strategieën mogelijk waarbij gebruik wordt gemaakt van methadon, buprenorfine, clonidine en/of naltrexon.

In de ontgiftiging van cocaïne zouden bromocriptine en amantadine, middelen die anders gebruikt worden bij de ziekte van Parkinson, effectief zijn om onthoudingsverschijnselen te bestrijden en de 'craving' te verminderen (Fishbein & Pease, 1996). Amantadine is te verkiezen boven bromocriptine omdat het minder neveneffecten heeft. In recente studies werd de effectiviteit van deze producten echter niet bewezen.

Terugvalpreventie is een tweede stap in het bewerkstelligen van abstinentie. Er worden medicijnen gebruikt die het positieve effect van of de hunkering naar het middel verminderen, of die een aversieve reactie opwekken wanneer men het middel toch gebruikt. Van de medicijnen die gebruikt worden bij het ontmoedigen van alcoholgebruik, is disulfiram, in België gekend als Antabuse®, het klassieke middel. Gebruik van dit middel in combinatie met alcohol kan leiden tot 'flushing', misselijkheid, braken, angst en te lage bloeddruk. De belangrijkste nieuwe ontwikkeling voor medicamenteuze terugvalpreventie bij problematisch alcoholgebruik is het gebruik van de opiaat-antagonist naltrexon en acamprosaat (Campral®).

Acamprosaat wordt aangeraden bij de ondersteuning van psychosociale behandeling om hernieuwd alcoholgebruik te voorkomen (Boonstra, 2003). Acamprosaat onderdrukt dus de hunkering naar alcohol. Naltrexon blokkeert de bekrachtigende werking van alcohol waardoor het gemakkelijker is om na een beperkt aantal glazen te stoppen met drinken.

Bij heroïnegebruik wordt voor een volledige en stabiele onthouding van alle opiaten naltrexon aangewend. Dit blokkeert de effecten van opiaten, vermindert de craving en leidt zo tot een stabiele onthouding. Stoppen met het gebruik van illegaal verkregen opiaten kan ook via een langwerkende opiaat-agonist (methadon of LAAM) of met de partiële opiaat-antagonist buprenorfine.

Aanvankelijk dacht men dat de antidepressiva desipramine en carbamazepine leiden tot een vermindering van de hunkering naar cocaïne, maar de onderzoeksresultaten zijn op dit vlak niet zo positief. Over het gebruik van andere middelen (buprenorfine, bupropion, fluoxetine, flupentixol, maprotiline, mazindol) bij de terugvalpreventie bij cocaïnegebruikers ontbreekt sluitend onderzoek.

3.

Stabilisatie van het gebruik en maatschappelijke integratie. Hiervoor worden ook vaak agonisten gebruikt. Geneesmiddelen die de schade beperken bij cliënten die niet willen of kunnen stoppen met gebruik, zijn bij problematische alcoholgebruikers gericht op het voorkomen of verminderen van leverfunctiestoornissen. Voor opiaatverslaafden die niet bereid of in staat zijn deel te nemen aan ontgiftigings-, onthoudings- of vervangingsprogramma's kan een lage dosering methadon (of LAAM) gegeven worden. Dit voorkomt onthoudingsverschijnselen en hunkering en verhindert dat andere opiaten een euforisch effect hebben (Schouten & de Vos, 1998). Methadongebruik is een 'cleanere' wijze van gebruik dan spuiten of roken van heroïne en leidt zo tot een grotere sociale en medische stabiliteit. Methylenfenidaat (Ritaline®) zou in aanmerking komen als substitutieproduct voor cocaïne maar de effecten blijken ook hier niet positief genoeg (Julien, 2001).

4.

De medicamenteuze behandeling van comorbide psychiatrische stoornissen. Dit is in heel wat gevallen nodig voor het bereiken van abstinentie of maatschappelijke integratie. Men dient hier terughoudend te zijn met geneesmiddelen met een hoog afhankelijkheidsrisico (bv. benzodiazepines) of die aanleiding kunnen geven tot negatieve interacties met verslavende stoffen (bv. MAO-remmers). Cocaïneafhankelijken met een manisch-depressieve stoornis worden bij voorkeur behandeld met lithium, bij een depressie geeft men best desipramine en bij cocaïnegebruikers met een geschiedenis van ADHD, methylenfenidaat of bromocriptine.

Van den Brink en Geerlings (1999b) beklemtonen dat farmacotherapie geen wondermiddel is en zoveel mogelijk moet gecombineerd worden met counseling en psychosociale ondersteuning om de effectiviteit te verhogen. Men moet ook rekening houden met de fase waarin de cliënt zich bevindt, de doelen die met hem zijn overeengekomen en de mogelijkheden van zowel de cliënt als de hulpverlener.

Voor de volledigheid nemen we in tabel 2.4 ook de middelen op die gebruikt worden bij nicotineafhankelijkheid. Er zijn vijf manieren om nicotine op een andere manier dan via roken toe te dienen (Laekeman, 2002). Momenteel zijn er op de markt kauwgomnicotine, klevers met nicotine, neusspray met nicotine, orale inhaler met nicotine en tabletten met nicotine voorhanden. De doeltreffendheid van nicotinesubstitutie is echter beperkt. Na één jaar zou 18% van de personen die deze behandeling toepasten nog rookvrij zijn tegenover 11% van degenen die geen vervangproduct gebruikten. Het is immers moeilijk om met nicotinevervangproducten hetzelfde effect te bekomen als met een sigaret, waar de nicotine binnen de tien seconden de hersenen bereikt. Tegenwoordig wordt ook het antidepressivum Zyban® gebruikt bij rookstop. Met dit middel zou 23% erin slagen om na één jaar rookvrij te blijven.

3. Markt van vraag en aanbod

3.1 Internationaal perspectief

Vaak horen we dat Belgen hoog scoren als het gaat om geneesmiddelengebruik. Internationaal zouden we op dat vlak aan de top staan. Toch zijn data om deze uitspraak te staven niet echt voorhanden (Boudry e.a., 2001b). Het laatste systematisch onderzoek met een internationale vergelijking van gebruiks- en voorschrijfpatronen, dateert van 1981 en is van Balter e.a. (1984) (Casselman, 1999).

Het vergelijken van het medicatiegebruik in verschillende landen ligt niet voor de hand omdat de gegevens hierover schaars zijn. Cijfers over het gebruik op zich zijn nauwelijks voorhanden. Verkoopcijfers of cijfers over de uitgaven per hoofd van de bevolking geven een beeld van de internationale verschillen in geneesmiddelengebruik, echter onrechtstreeks. De cijfers die voorhanden zijn, dienen bovendien voorzichtig geïnterpreteerd te worden. De gezondheidszorgsystemen verschillen van land tot land. Zo is het ene land al meer hospitaalgericht dan het andere (Van Tielen, 2001). Ten slotte gaan de cijfers meestal niet specifiek over psychoactieve medicatie, maar over medicatie in het algemeen.

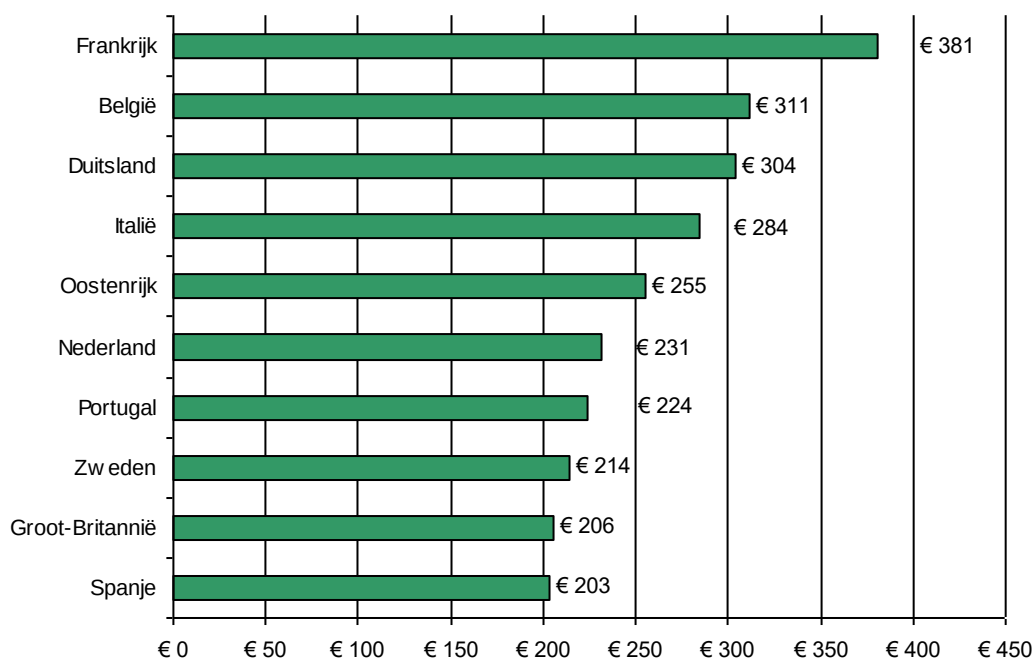
Tabel 3.1 toont de mondiale verkoopcijfers van geneesmiddelen per regio. Noord-Amerika neemt de helft van de uitgaven aan medicatie voor haar rekening, gevolgd door Europa dat 1/4^{de} uitgeeft en Japan 13%. In het overige deel van Azië, in Australië, in Afrika en Zuid-Amerika wordt er minder geld uitgegeven aan geneesmiddelen. Westerse landen besteden duidelijk meer geld aan medicatie.

In tegenstelling tot de andere regio's is de verkoop van geneesmiddelen in Japan gedaald en in Zuid-Amerika gelijk gebleven in 2001. De regio's Azië (zonder Japan) Afrika en Australië zijn bezig aan een inhaalmanoeuvre. Ze maken samen een stijging van 49% in 2001.

Tabel 3.1**Verkoop van farmaceutische producten per regio** (IMS Health, 2003a, 2003b)

regio	2000		2001	
	verkoop miljard \$	percentage wereldverkoop	verkoop miljard \$	percentage wereldverkoop
Noord-Amerika	152,8	48,2%	181,8	50,0%
Europa	75,3	23,7%	88,0	24,0%
Japan	51,5	16,2%	47,6	13,0%
Zuid-Amerika	18,9	6,0%	18,9	5,0%
Azië (zonder Japan) Afrika en Australië	18,7	5,9%	27,9	8,0%

In grafiek 3.1 krijgen we een overzicht van de gemiddelde uitgaven aan medicatie per hoofd van de bevolking. De Fransen geven duidelijk het meest uit aan geneesmiddelen gevolgd door de Belgen en de Duitsers. In Nederland en Groot-Brittannië, onze andere buurlanden, spenderen de mensen heel wat minder geld aan geneesmiddelen, evenals de inwoners van Zweden, Portugal en Spanje. We moeten er hier wel rekening mee houden dat de prijs van geneesmiddelen sterk van land tot land verschilt.

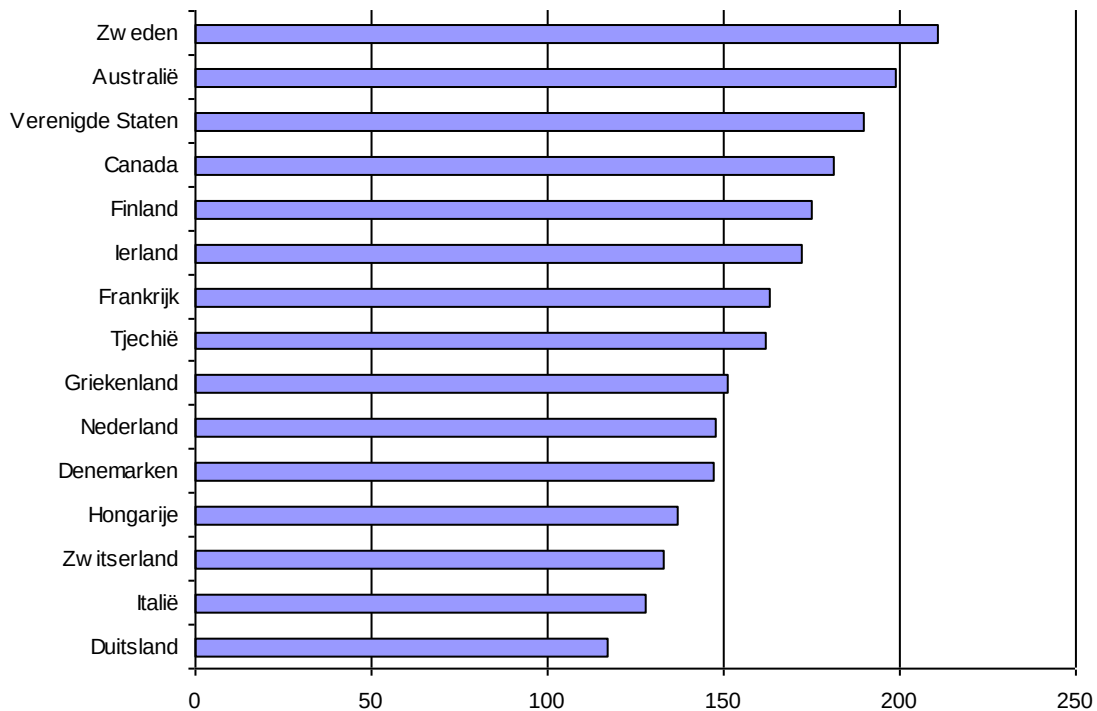
Grafiek 3.1**Geneesmiddelenuitgaven via apotheekhoudenden per hoofd van de bevolking, 2000** (SFK, 2002a)

Grafiek 3.2 geeft een beeld van de groei van de uitgaven aan geneesmiddelen per capita in de wereld. In meer dan de helft van de landen zijn de uitgaven de afgelopen 10 jaar met 50% gegroeid. Hoewel Zweden achteraan staat wat betreft de geneesmiddelenuitgaven blijkt uit

onderstaande grafiek dat er in Zweden en Australië in 2001 dubbel zoveel geld uitgegeven wordt aan medicatie in vergelijking met 1990.

Grafiek 3.2

Groei in farmaceutische uitgaven per hoofd van de bevolking tussen 1990 en 2001 (1990=100)
(OECD, 2003)

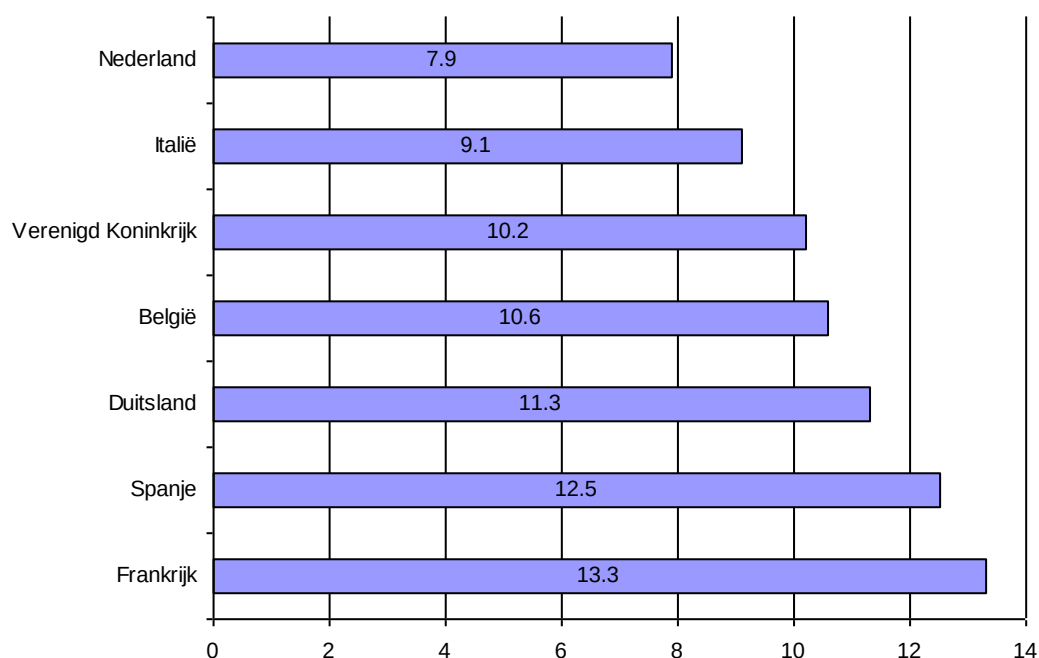


In tabel 3.2 krijgen we een overzicht van de 10 meest consumerende farmaceutische markten ter wereld. Het valt op dat België als klein land toch behoort tot deze top 10, zij het op een laatste plaats. De Verenigde Staten voeren de lijst aan. Samen met Canada is de Verenigde Staten de sterkste stijger. Spanje wordt getipt als de sterkste Europese stijger. Ook Australië wordt een flinke groei toegeschreven tussen 2000 en 2005. In totaal verwacht het Instituut voor Medische Statistiek (IMS Health) een jaarlijkse stijging van 9,1%. Dit brengt het verkoopcijfer tegen 2005 op 434 miljard dollar voor de 10 belangrijkste farmaceutische markten ter wereld (Nelson, 2001).

Tabel 3.2**De 10 leidende farmaceutische markten in de wereld (IMS health, 2003c)**

	verkoop 2000 miljard \$	verwachte verkoop 2005 miljard \$	verwachte jaarlijkse groei 2000 – 2005 %	verwacht aandeel in 2005 %
België	2	3	5,6	0,7
Australië	3	5	9,3	1,1
Spanje	6	10	9,9	2,3
Canada	6	10	10,7	2,4
Italië	11	16	8,2	3,6
UK	11	16	8,3	3,7
Frankrijk	16	22	6,0	5,0
Duitsland	17	24	7,5	5,6
Japan	58	66	2,3	15,1
VS	150	263	11,8	60,5
totaal	281	434	9,1	100

Volgens de farmaceutische industrie is het voorschrijfgedrag in België vergelijkbaar met andere Europese landen (grafiek 3.3) (AVGI, 2003). In België worden er jaarlijks 10,6 geneesmiddelen per capita voorgeschreven. Dat is minder dan in Frankrijk, Spanje en Duitsland maar wel meer dan in Nederland.

Grafiek 3.3**Jaarlijks aantal voorgeschreven geneesmiddelen per capita (AVGI, 2003)**

De uitgaven voor geneesmiddelen stijgen in alle Europese landen ondermeer als gevolg van de vergrijzing van de bevolking en de daarmee samenhangende toename van chronische

ziekten die een langdurige inname van geneesmiddelen vereisen (AVGI, 2000b). Daarnaast ontwikkelt de farmaceutische industrie steeds meer geneesmiddelen die ziekten kunnen voorkomen (bv. ter bestrijding van hoge bloeddruk). Er zijn ook meer ziekten die nu wel kunnen behandeld worden met geneesmiddelen terwijl er vroeger geen medicatie voor bestond (bv. aids). Tegenwoordig gaan geneesmiddelen ook meer en meer andere therapieën vervangen (bv. bij maagzweer of depressie). Deze evoluties beïnvloeden de geneesmiddelenuitgaven. Daartegenover staan volgens Pharma.be echter besparingen op het gebied van ziekenhuisopnames en arbeidsverzuim en verbetert de levensduur en de levenskwaliteit van de patiënt.

Toch kunnen we ons afvragen of we alle nieuwe medicijnen ook werkelijk nodig hebben en of het niet veeleer de farmaceutische industrie is die ons ondermeer via reclame voorhoudt dat we ze nodig hebben?

3.2 Belgische situatie

Volgens de Prodcom statistieken van het Nationaal Instituut van de Statistiek (NIS, 2002) wordt de waarde van de **productie** voor de farmaceutische industrie in 2001 op 3.657,65 miljoen EUR geraamd, een stijging van 22,4% tegenover 2000 (AVGI, 2002a) (tabel 3.3). Sinds het begin van de jaren 1990 steeg de waarde van de productie van de farmaceutische industrie. Tussen 1994 en 2001 is de productiewaarde verdubbeld van 1,6 miljard EUR naar 3,2 miljard EUR. De toename situeerde zich vooral na 1998.

Tabel 3.3
Productie van farmaceutische producten in EUR (NIS-prodcom statistieken)

jaar	waarde van de productie in EUR
1994	1.668.613.333
1995	2.062.689.049
1996	1.895.339.254
1997	1.946.522.450
1998	1.934.209.752
1999	2.248.651.022
2000	2.655.580.099
2001	3.269.913.265

De farmaceutische industrie is in België sterk afhankelijk van **buitenlandse handel** (AVGI, 2002a). Zowel de import als de export van farmaceutische producten is tussen 1990 en 2001 enorm toegenomen, vooral na 1998 (tabel 3.4). Tussen 1995 en 2001 vermenigvuldigde de export in waarde met een factor 3,5. In 2001 bestaat 5% van de Belgische export uit farmaceutische producten. Er werd voor 10,54 miljard EUR aan farmaceutische producten

uitgevoerd. Tegenover 2000 betekent dat een toename van 42%. Ook de invoer steeg tussen 1990 en 2001 continu. In 2001 werd er 4,5 keer meer ingevoerd in vergelijking met 1995. Het grootste deel van de in- en uitvoer van farmaceutische producten betreft afgewerkte geneesmiddelen en vaccins.

Tabel 3.4

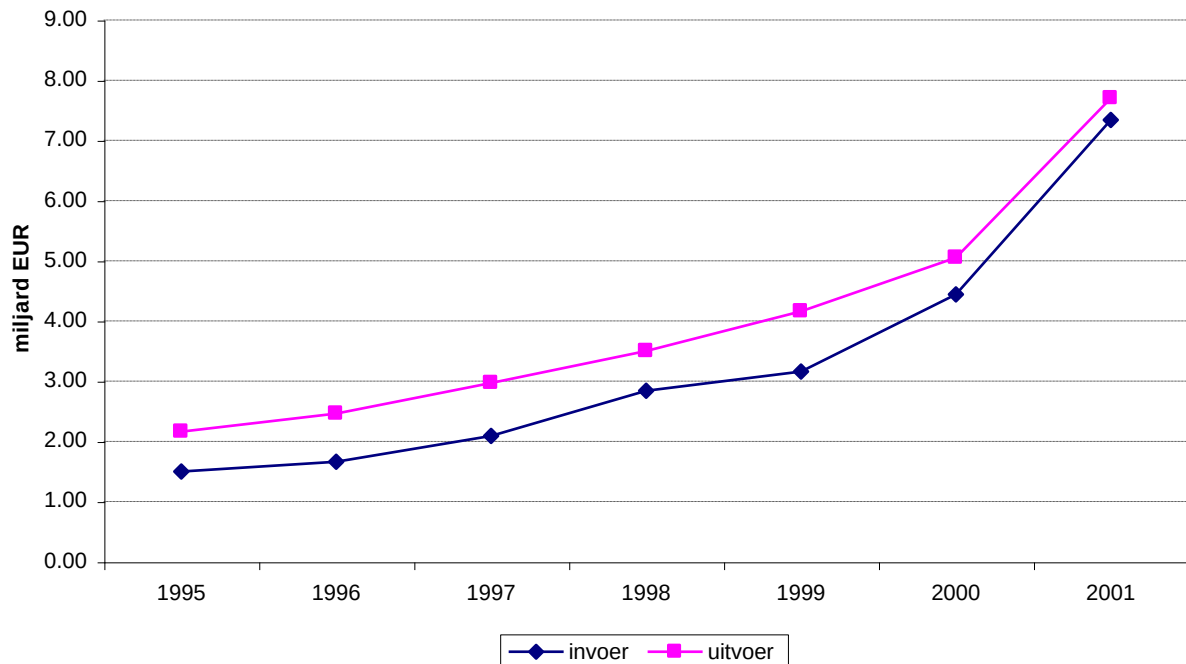
Handel van farmaceutische producten (afgewerkte geneesmiddelen en vaccins en andere farmaceutische producten) (AVGI, 2002a)

Mio EUR	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
farmaceutische producten								
export	1.349,57	3.011,25	3.212,41	4.259,80	4.927,34	6.046,08	7.419,77	10.538,53
import	1.248,89	2.291,31	2.592,96	3.135,40	4.219,21	4.718,02	6.072,02	10.386,12
saldo	100,68	719,94	619,44	1.124,40	708,12	1.328,06	1.347,75	152,41
afgewerkte geneesmiddelen en vaccins								
export	1.144,64	2.379,04	2.699,47	3.527,77	4.075,12	4.880,31	5.950,65	8.799,54
import	846,48	1.493,39	1.645,70	2.100,98	2.972,66	3.258,90	4.528,90	8.542,85
saldo	298,16	885,65	1.053,77	1.426,79	1.102,45	1.621,41	1.421,75	256,69
andere farmaceutische producten								
export	204,93	632,21	512,94	732,03	852,22	1.165,77	1.469,11	1.738,99
import	402,41	797,92	947,26	1.034,42	1.246,55	1.459,12	1.543,12	1.843,27
saldo	-197,48	-165,71	-434,32	-302,39	-394,33	-293,35	-74,00	-104,28

Wanneer we uit de statistieken van de buitenlandse handel van het Instituut voor de Nationale Rekeningen (INR) enkel de in- en uitvoergegevens van de afgewerkte geneesmiddelen bekijken¹⁵, zien we in grafiek 3.4 dat de invoer van afgewerkte geneesmiddelen in 2001 bijna vijf keer hoger lag dan in 1995 (Instituut voor de Nationale Rekeningen, 2003). De export van afgewerkte geneesmiddelen vermeerderde tussen 1995 en 2001 met een factor 3,6.

¹⁵ We maken hier de som van de rubrieken 3003 en 3004 uit de statistiek van de buitenlandse handel van het INR.

Grafiek 3.4
In- en uitvoer van afgewerkte geneesmiddelen (INR, 2003)



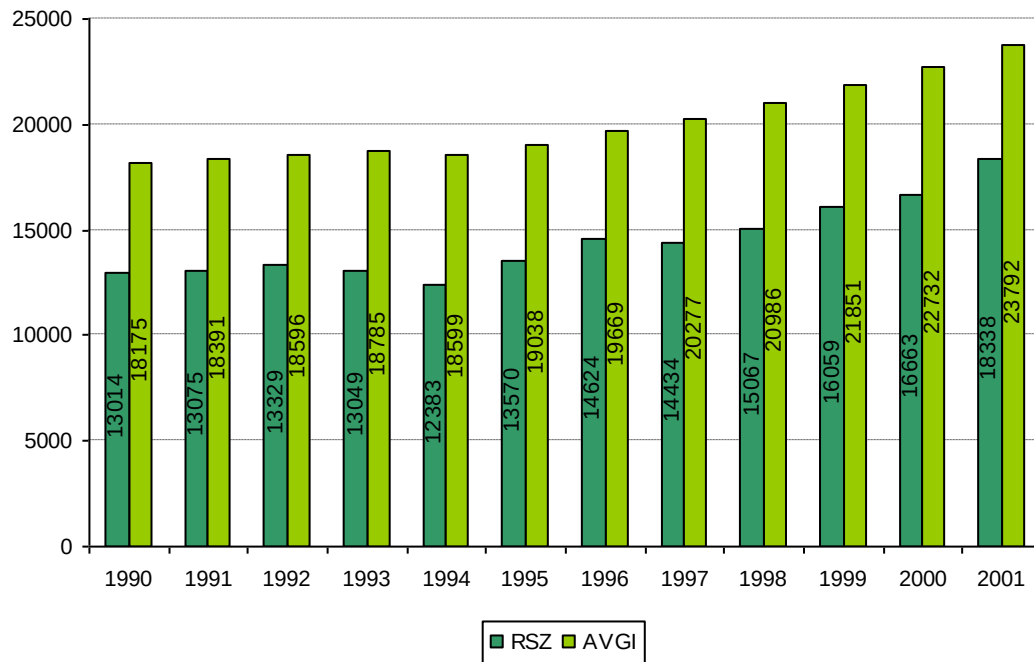
De farmaceutische industrie is een belangrijke werkgever. Volgens gegevens van de AVGI stelde de farmaceutische industrie in 2001 in België 23.792 personen te werk (AVGI, 2002a) (grafiek 3.5)¹⁶. Tegenover 1990 betekent dat een groei van 30,9%. Enkel in 1994 merken we een lichte dip in de tewerkstelling die volgens de AVGI te wijten is aan herstructureringen in enkele farmaceutische bedrijven. In 1995 zet de groei zich echter verder. De meeste personen zijn tewerkgesteld in bedrijven die in België aan fundamenteel onderzoek doen, in België produceren en van hieruit exporteren.

De tewerkstellingscijfers van de Rijksdienst voor Sociale Zekerheid (RSZ) hebben uitsluitend betrekking op de vervaardigingsindustrie van medicatie en wijken dus enigszins af van deze van de AVGI¹⁷. De RSZ-cijfers wijzen echter op dezelfde tendens van groeiende tewerkstelling tussen 1990 en 2001. De stijging is hier nog opvallender af te lezen en bedraagt tussen 1990 en 2001 40,9%.

Grafiek 3.5
Evolutie van de totale tewerkstelling in de farmaceutische sector in België (AVGI, 2002a; RSZ, 2003)

¹⁶ In dit cijfer is tevens de tewerkstelling opgenomen in farmaceutische bedrijven die niet in België produceren maar wel in België commercialiseren. Het gaat om zo'n 40 à 80 bedrijven die men ook niet mag verwarren met de louter groothandel in geneesmiddelen. De groothandel, die enkel geneesmiddelen aankoopt en doorverkoopt aan de apothekers, is niet in dit cijfer opgenomen.

¹⁷ We moeten ook opmerken dat in 1993 de NACE-codes aangepast werden aan Europese normen. Dit verklaart de daling in 1993.



In de farmaceutische industrie worden hoofdzakelijk bedienden tewerkgesteld (79,1% in 2001) (AVGI, 2002a). De man-vrouw verhouding is in balans (52,7% mannen en 47,3% vrouwen in 2001). De vrouwelijke tewerkstelling is sinds 1990 toegenomen van 41,3% naar 47,3% in 2001.

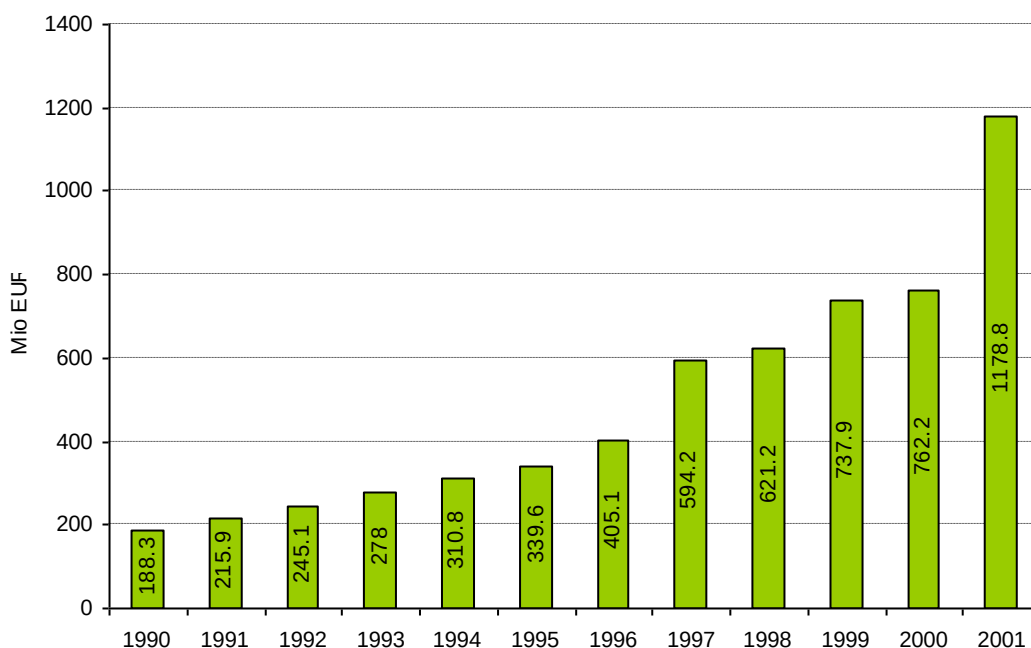
De verhouding mannen-vrouwen is in de RSZ cijfers vergelijkbaar (54,7% mannen en 45,3% vrouwen in 2001) (AVGI, 2002a). Het aandeel bedienden is in de bedrijven die in de RSZ cijfers zijn opgenomen kleiner met name 70,7% in 2001.

In België zijn er zes farmaceutische ondernemingen die aan fundamenteel **onderzoek en ontwikkeling** doen (AVGI, 2002a).

Vier daarvan concentreren zich op geneesmiddelen voor humaan of veterinair gebruik. Bij drie ondernemingen betreft het ook onderzoek en ontwikkeling van psychoactieve geneesmiddelen (Eli Lilly Benelux, Janssen-Cilag & Janssen-Pharmaceutica, GlaxoSmithKline Biologicals). De uitgaven aan fundamenteel onderzoek en ontwikkeling zijn tussen 1990 en 2001 sterk toegenomen van 188,3 miljoen EUR in 1990 naar 1.178,8 miljoen EUR in 2001 (grafiek 3.6). Tussen 2000 en 2001 zien we een spectaculaire stijging van 55% die bijna volledig is toe te schrijven aan één onderneming.

Grafiek 3.6

Uitgaven voor onderzoek en ontwikkeling van geneesmiddelen voor humaan gebruik van farmaceutische ondernemingen in België (AVGI, 2002a)



Patiënten verkrijgen hun geneesmiddelen via de ambulante markt (de gewone apotheken) of de ziekenhuismarkt (de ziekenhuisapotheken) (AVGI, 2002b). De ambulante markt is met 76,7% de belangrijkste. Ze haalde in 2000 een omzet van 2.044,3 miljoen EUR.

Uit de resultaten van het **huishoudbudgetonderzoek** van het NIS kunnen we de uitgaven van gezinnen aan medicatie aflezen. Het Vlaamse gezin gaf in 2001 gemiddeld 277,34 EUR uit aan geneesmiddelen¹⁸ (tabel 3.5) (NIS). Dat is 0,94% van de jaarlijkse uitgaven van een gemiddeld Vlaams gezin. Per dag betekent dat een uitgavenpost van 0,76 EUR. Vlaamse huishoudens besteden in vergelijking met Brusselse en Waalse gezinnen het minst aan medicatie.

De gemiddelde uitgaven van ouderen aan geneesmiddelen zijn merkkelijk hoger dan de uitgaven van jongere gezinnen. In 2001 gaf een Vlaams gezin waarvan de referentiepersoon 60 jaar of ouder is gemiddeld 305,25 EUR uit aan medicatie. Huishoudens waarvan de referentiepersoon tussen 20 en 29 jaar is, gaven gemiddeld 118,84 EUR uit aan geneesmiddelen. Eenzelfde tendens zien we wanneer we de beroepsstatuten vergelijken want daaruit blijkt dat de gepensioneerden het meest besteden aan medicatie (323,58 EUR tegenover bijvoorbeeld 219,55 EUR door de zelfstandigen).

¹⁸ Geneesmiddelen zijn niet verder gespecificeerd.

Het budget dat per gezin aan medicatie wordt besteed is met de jaren betrekkelijk stabiel gebleven (tabel 3.5). Midden jaren negentig gaven Vlaamse gezinnen gemiddeld 276,45 EUR uit aan geneesmiddelen, in 2001 is dat 277,34 EUR. We moeten er wel rekening mee houden dat vanaf 1999 de niet gespecificeerde aankopen bij de apotheker niet meer bij de categorie geneesmiddelen gerekend worden. Dit verklaart de terugval in de uitgaven in 1999.

Tabel 3.5

Gemiddelde uitgaven (in EUR) aan geneesmiddelen per huishouden per jaar naar regio¹⁹ (NIS, huishoudbudgetonderzoek)

	België	Brussels Hoofdstedelijk Gewest	Vlaams Gewest	Waals Gewest
1995-1996	309,84	316,36	276,45	365,40
1996-1997	290,51	299,58	265,15	331,28
1997-1998	305,68	313,26	272,46	360,29
1999	245,17	302,83	206,62	293,56
2000	262,82	282,13	241,00	294,50
2001	300,34	327,12	277,34	331,79

Wanneer we kijken hoeveel het aandeel van de aankoop van geneesmiddelen bedraagt op het totale budget dat aan gezondheid wordt besteed, merken we een kleine toename tussen 1995 en 2001 (van 25,7% naar 29,2%) (tabel 3.6).

Tabel 3.6

Gemiddelde uitgaven (in EUR) aan geneesmiddelen per huishouden per jaar en aandeel in budget besteed aan gezondheid, Vlaams Gewest²⁰ (NIS, huishoudbudgetonderzoek)

	Uitgaven aan gezondheid in EUR	Uitgaven aan geneesmiddelen in EUR	%
1995-1996	1.077,59	276,45	25,7
1996-1997	1.045,84	265,15	25,4
1997-1998	1.064,11	272,46	25,6
1999	1.212,82	293,95	24,2
2000	1.175,66	362,28	30,8
2001	1.302,65	380,97	29,2

Eind 2001 waren er in België 12.354 geneesmiddelen geregistreerd, waarvan er 11.200 voor humaan gebruik bestemd zijn (AVGI, 2002b).

¹⁹ Vanaf de huishoudbudgetenquête van 1999 is de categorie "niet gepreciseerde aankopen bij de apotheker" (code 5103) toegevoegd aan de categorie farmaceutische producten. Tot 1999 werd er enkel het onderscheid gemaakt tussen "geneesmiddelen" (code 5101) en "andere farmaceutische producten voor gezondheid" (code 5102).

²⁰ Voor 1999 tot en met 2001 hebben de categorieën "geneesmiddelen" (code 5101) en "niet gepreciseerde aankopen bij de apotheker" (code 5103) samengeteld om beter te kunnen vergelijken met voorgaande jaren.

Cijfergegevens van het rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (RIZIV) over de terugbetalingen van geneesmiddelen en van IMS Health over de verkochte geneesmiddelen geven informatie over het medicatiegebruik.

Tussen 1997 en 2002 is het budget dat het RIZIV uitgeeft aan de terugbetaling van geneesmiddelen met 40% gestegen. In 1997 bedroeg dat nog 1,9 miljard EUR, in 2002 is dat opgelopen tot 2,7 miljard EUR (RIZIV, 1999, 2003a). Verklaringen daarvoor zijn de toegenomen consumptie, de ruimere keuze aan behandelingen en de stijging van de gemiddelde prijs van een doosje geneesmiddelen (Carpentier, 2003). Ondertussen zijn ook de terugbetalingsmodaliteiten gewijzigd. Tegenover 1997 zijn geneesmiddelenverpakkingen in 2002 27% duurder geworden (RIZIV, 2003b). In 1997 kostte een verpakking 18,57 EUR in 2002 23,55 EUR. Het aantal standaard dagdoseringen (DDD) per verpakking steeg echter van 26,3 naar 30,9, een toename van 17%. Vooral de nieuwe geneesmiddelen kosten meer, maar daarnaast zijn ook de verpakkingen groter geworden. Het grootste deel van die prijsstijging wordt opgevangen door de ziekteverzekering.

Na geneesmiddelen voor het hartvaatstelsel zijn geneesmiddelen die inwerken op het zenuwstelsel het vaakst voorgeschreven in 2001 (RIZIV, 2003a)²¹. Middelen die inwerken op het centrale zenuwstelsel worden hoofdzakelijk voorgeschreven door huisartsen (RIZIV, 2003a).

Tussen 1997 en 2001 merken we vooral een toename in het aantal verkochte verpakkingen van psychoanaleptica (d.i. antidepressiva en psychostimulantia) (tabel 3.7). Het aantal verkochte verpakkingen steeg met 24,5%. Aangezien de grootte en de dosis van de verpakkingen tussen verschillende jaren kan verschillen krijgen we een beter beeld als we kijken naar de standaard dagdosering (DDD). Tussen 1997 en 2001 nam de afgeleverde standaard dagdosering voor zowel analgetica, psycholeptica, psychoanaleptica als andere middelen voor het zenuwstelsel toe. De toename is het grootst voor analgetica (+ 42,7%) en psychoanaleptica (+ 41,2%).

²¹ Het gaat hier enkel om terugbetaalbare geneesmiddelen die zijn voorgeschreven aan patiënten die niet in het ziekenhuis zijn opgenomen.

Tabel 3.7**Aantal voorgeschreven verpakkingen en aantal DDD's (RIZIV, 2002b)**

aantal verpakkingen					
	1997	1998	1999	2000	2001
anesthetica	2.235	2.228	2.264	2.304	1.125
analgetica	2.418.721	2.540.615	2.703.382	2.588.307	2.470.027
anti-epileptica	1.154.178	1.211.049	1.282.898	1.347.985	1.411.967
parkinsonmiddelen	578.737	582.969	597.470	598.549	621.206
psycholeptica	2.555.174	2.579.165	2.612.436	2.572.932	2.544.932
psychoanaleptica	4.790.969	4.699.473	5.168.099	5.520.327	5.966.531
overige middelen voor het centraal zenuwstelsel	566.833	571.536	607.460	545.216	575.102
DDD					
	1997	1998	1999	2000	2001
anesthetica	7.430	7.403	7.542	7.679	3.750
analgetica	24.729.859	27.247.040	28.921.570	31.940.110	35.295.191
anti-epileptica	23.130.593	23.821.127	24.746.639	25.413.031	26.226.349
parkinsonmiddelen	14.974.149	15.009.280	15.214.021	15.256.851	15.710.421
psycholeptica	27.926.257	28.201.112	29.338.639	30.670.542	32.000.984
psychoanaleptica	111.099.199	119.835.455	133.306.599	145.009.151	156.872.665
overige middelen voor het centraal zenuwstelsel	16.629.156	15.959.160	18.199.394	20.759.010	23.021.835

Aan de hand van de gegevens van *IMS Health* kunnen we nagaan welke van deze geneesmiddelen effectief worden verkocht. *IMS Health* beschikt immers over verkoopsgegevens van geneesmiddelen, en ook over gegevens die het voorschrijfgedrag in de ambulante sector aangeven²².

We moeten ons wel realiseren dat verkoopcijfers slechts indirecte indicatoren van het geneesmiddelengebruik zijn (Casselman, 1999). Niet alle verkochte geneesmiddelen worden immers geconsumeerd. Verkoopcijfers geven evenmin aan door wie het geneesmiddel uiteindelijk wordt gebruikt. Hoewel ze voorzichtig moeten geïnterpreteerd worden zijn

²² De *voorschriftgegevens* zijn kwalitatieve gegevens gebaseerd op een panel van artsen. Het panel bestaat uit 500 artsen, samengesteld uit 170 huisartsen en 330 specialisten van 15 specialiteiten. Zij registreren één week per trimester. Dit betekent dat ze voor elke consultatie een dubbel van het voorschrift doorgeven aan *IMS-Health*. Daarop worden nog gegevens van de patiënt vermeld, de diagnose, of het al dan niet gaat om een nieuwe behandeling, duur van de behandeling,.... Deze gegevens extrapoleert *IMS-Health* naar de hele artsenpopulatie in België. De niet-ambulante hospitaalpraktijk is niet in deze gegevens opgenomen. Deze cijfers geven enkel een indicatie van hoeveel keer een bepaald middel werd voorgeschreven.

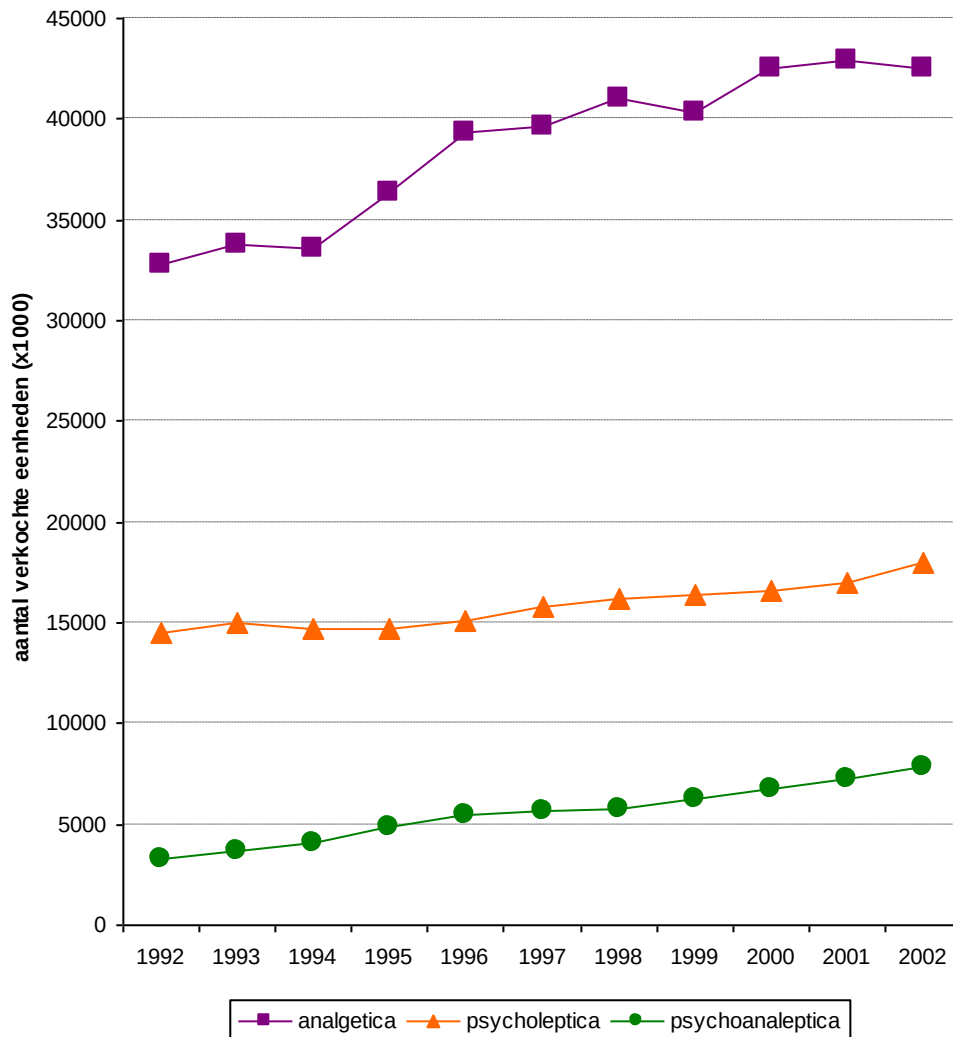
De *verkoopgegevens* zijn afkomstig van 99,5% van de groothandel. Er wordt telkens het aantal verkochte verpakkingen aangegeven.

verkoopscijfers voor ons toch een belangrijke bron van informatie wanneer we het geneesmiddelengebruik in kaart willen brengen aangezien Belgisch onderzoek naar het geneesmiddelengebruik fors tekort schiet. Bovendien worden ze op regelmatige wijze verzameld en verwerkt ten behoeve van de farmaceutische industrie. De verkoop wordt in deze cijfers uitgedrukt in aantal verkochte verpakkingen. Bij de interpretatie moeten we ermee rekening houden dat de markt op dit vlak wel voortdurend wijzigt.

Wanneer we de vergelijking maken tussen de verkoop van pijnstillers, psycholeptica en psychoanaleptica staat de verkoop van analgetica uiteraard bovenaan (grafiek 3.7). De verkoop van pijnstillers vertoont bovendien een stijgende tendens in de periode 1992-2002. In 1992 werden er 32,7 miljoen verpakkingen verkocht, in 2002 42,4 miljoen. De laatste drie jaren beleefde de verkoop van analgetica stabiel. Op de tweede plaats komt de verkoop van psycholeptica (neuroleptica en anxiolytica, hypnotica en sedativa). Tussen 1992 en 2002 stijgt de verkoop van deze geneesmiddelen. In 1992 werden 14,5 miljoen verpakkingen verkocht, in 2002 17,9 miljoen (dit betekent een toename van 3,4 miljoen verpakkingen). Van deze drie soorten psychoactieve geneesmiddelen worden de psychoanaleptica (antidepressiva en psychostimulantia) het minst verkocht. Tussen 1992 en 2002 zien we wel een continue toename in de verkoop van 3,2 miljoen verkochte verpakkingen in 1992 naar 7,8 miljoen in 2002 (+ 4,6 miljoen verpakkingen).

Grafiek 3.7

Aantal verkochte verpakkingen analgetica psycholeptica, psychoanaleptica (x1000), 1992-2002
(IMS Health, 2003d)



Binnen de groep pijnstillers zijn het vooral de niet-narcotische pijnstillers die veel worden verkocht (tabel 3.8). Sinds 1992 is de verkoop daarvan nog toegenomen van 30,0 miljoen verkochte verpakkingen naar 39,1 miljoen verkochte verpakkingen. De narcotische pijnstillers en de anti-migrainemiddelen gaan veel minder over de toonbank. De verkoop van narcotische pijnstillers nam in lichte mate toe en bleef de laatste vier jaar stabiel. In 2002 werden 2,8 miljoen doosjes narcotische analgetica verkocht, tien jaar geleden 1,6 miljoen. De verkoop van anti-migrainemiddelen is de afgelopen tien jaar gehalveerd van 1 miljoen naar 500.000 verkochte verpakkingen.

Tabel 3.8

Aantal verkochte verpakkingen niet-narcotische analgetica, narcotische analgetica en anti-migraine middelen (IMS Health, 2003d)

aantal verkochte verpakkingen in miljoen	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
niet-narcotische analgetica	30,0	31,1	31,0	33,6	36,3	36,5	37,8	36,8	39,2	39,7	39,1
narcotische analgetica	1,6	1,6	1,7	1,9	2,2	2,4	2,5	2,8	2,7	2,6	2,8
anti-migraine middelen	1,0	0,9	0,8	0,7	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5

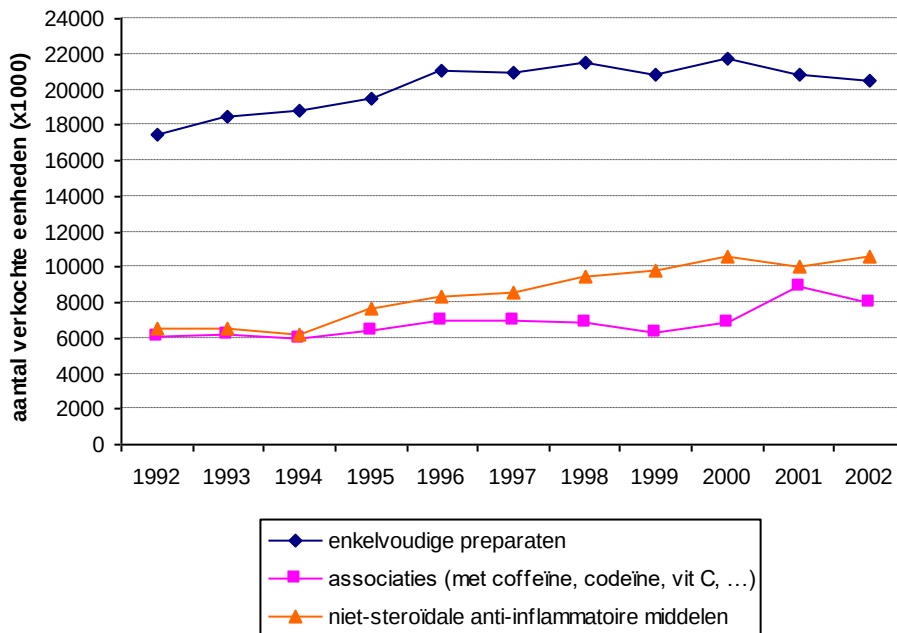
Als niet-narcotische analgetica worden vooral enkelvoudige pijnstillers veel verkocht (grafiek 3.8). In 2002 werden er 20,5 miljoen verpakkingen van verkocht. Dat is meer dan in 1992 toen de verkoop 17,4 miljoen bedroeg. Daarvan zijn het vooral de pijnstillers op basis van paracetamol (bv. Dafalgan®, Perdolan®, Witte Kruis Mono®,...) die goed verkopen²³. De verkoop van pijnstillers op basis van paracetamol nam op tien jaar tijd van 8,0 miljoen tot 13,0 miljoen toe. De tweede grootste groep verkochte enkelvoudige pijnstillers zijn pijnstillers op basis van salicylaten (bv. Aspirine®, Aspro®, Aspégic®,...). Tot het jaar 2000 worden deze medicijnen meer verkocht dan de samengestelde pijnstillers met coffeïne, codeïne en dergelijke. Zowel in 2001 als in 2002 keert het tij en worden er meer samengestelde pijnstillers met coffeïne, codeïne,... (bv. Aspirine Duo®, Dafalgan Codeïne®, Perdolan Compositum®,...) verkocht dan enkelvoudige pijnstillers met salicylaten.

De verkoop van niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen (bv. Cataflam®, Voltaren®, Brufen®,...) bevindt zich in de middenmoot. In 1992 werden er 6,5 miljoen verpakkingen van deze producten verkocht, in 2002 10,6 miljoen. Tot 1994 loopt de verkoop gelijk op met de samengestelde pijnstillers met coffeïne, codeïne,... Vanaf 1995 zijn de stijgende verkoopresultaten van de samengestelde pijnstillers niet zo sterk in vergelijking met de niet-steroïdale anti-inflammatoire middelen. In 2002 bedraagt de verkoop 7,9 miljoen verpakkingen, dat is één miljoen minder dan in 2001.

²³ In de bespreking van de verkoopschijfers halen we hier en daar voorbeelden van merknamen aan omdat deze beter gekend zijn dan de stofnamen. In bijlage 1 is de volledige lijst met stofnamen en merknamen opgenomen.

Grafiek 3.8

Aantal verkochte verpakkingen niet-narcotische analgetica (x1000), 1992-2002 (IMS Health, 2003d)



Uit de gegevens van de voorschriften komt naar voor dat in 2002 vooral niet-steroidale anti-inflammatoire middelen (NSAID's) werden voorgeschreven uit de categorie niet-narcotische pijnstillers. Het ging om 5,4 miljoen voorschriften tegenover 4,2 miljoen enkelvoudige niet-narcotische pijnstillers.

Voor de narcotische analgetica kunnen leiden tot tolerantie en lichamelijke afhankelijkheid. Bekijken we de evolutie van de verkoop dan valt meteen de enorme stijging in de verkoop van narcotische analgetica met middelmatige activiteit (bv. Fortal®, Contramal®,...) op (grafiek 3.9). Van 1992 tot 1994 stagneerde de verkoop op 150.000 verkochte verpakkingen. Vanaf 1995 is de verkoop ieder jaar gestegen zodat in 2002 een verkoopsaantal van 1,4 miljoen wordt bereikt. Sinds 1999 worden van de narcotische analgetica hoofdzakelijk narcotische pijnstillers met middelmatige sterkte verkocht.

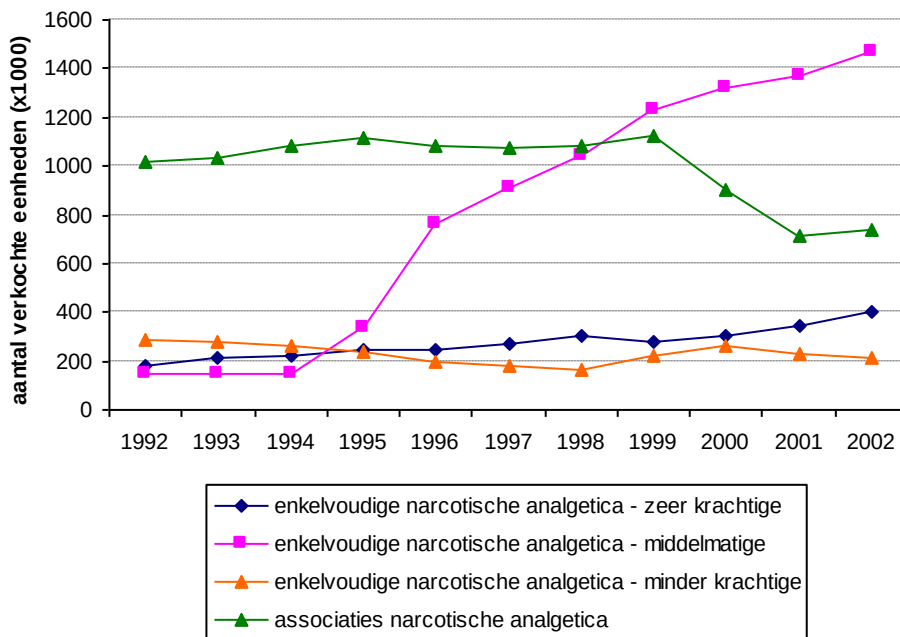
Op de tweede plaats komen de associaties van narcotische analgetica (bv. Valtran®,...). Van 1992 tot 1999 worden deze producten het meest verkocht binnen deze geneesmiddelen categorie. De verkoop daalde echter van 1 miljoen verkochte verpakkingen in 1992 naar 737.400 verkochte verpakkingen in 2002.

De verkoop van de zeer krachtige narcotische analgetica (bv. Morphine HCl®, Mephenon®, Temgesic®,...) vertoont over de jaren heen eveneens een stijgende lijn. De verkoop verdubbelde van ongeveer 184.000 in 1992 tot 400.000 verkochte verpakkingen in 2002.

Vanaf 2000 werden uit deze groep vooral pijnstillers verkocht op basis van fentanyl²⁴. Daarvoor was de verkoop van narcotische analgetica op basis van morfine prominent. Sinds 1995 worden de minder krachtige analgetica het minst verkocht. De verkoop daalt tussen 1992 van 1998 van 287.900 naar 164.000 verkochte verpakkingen. In 2002 is de verkoop nog steeds lager dan in 1992 namelijk 210.400 verkochte verpakkingen.

Grafiek 3.9

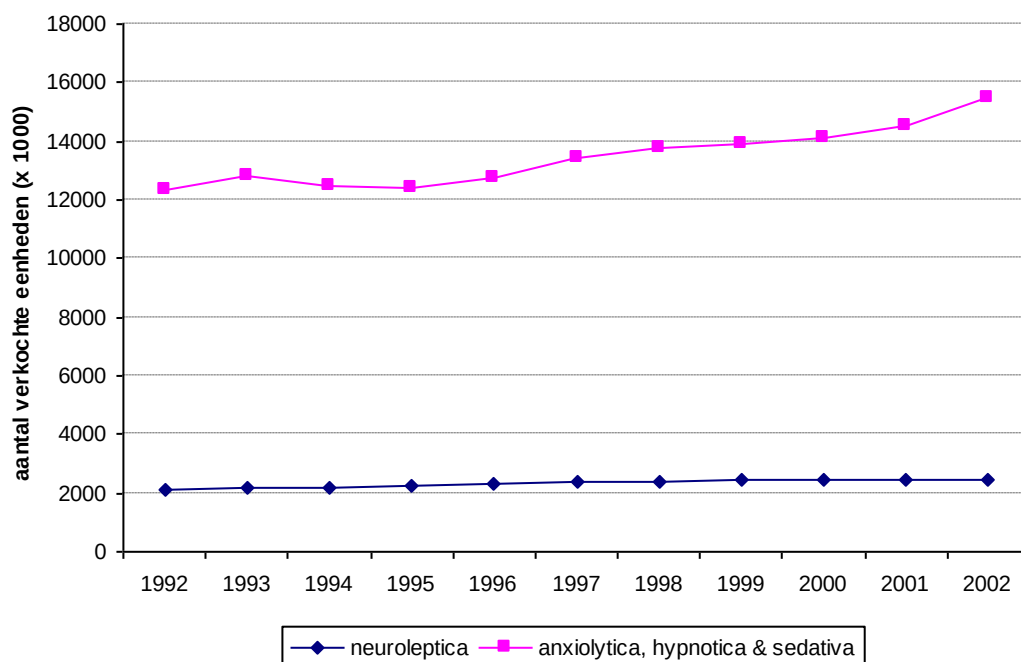
Aantal verkochte verpakkingen narcotische analgetica (x1000), 1992-2002 (IMS Health, 2003d)



Neuroleptica en slaap- en kalmeringsmiddelen zijn in 2002 goed voor bijna 18 miljoen verkochte verpakkingen. De verkoop van slaap- en kalmeringsmiddelen is veel hoger dan van neuroleptica. Vooral in de verkoop van slaap- en kalmeringsmiddelen zien we tussen 1992 en 2002 een stijging terwijl de verkoop van neuroleptica stabiel bleef op 2 miljoen verkochte verpakkingen (grafiek 3.10). In 2002 werden er 3 miljoen verpakkingen meer verkocht van slaap- en kalmeringsmiddelen in vergelijking met 1992.

Van anxiolytica, hypnotica en sedativa worden hoofdzakelijk benzodiazepines verkocht. In 1992 werden 11,2 miljoen verpakkingen benzodiazepines verkocht, in 2002 gingen er 13 miljoen verpakkingen over de toonbank. Dat is een stijging van 16%.

²⁴ Producten op basis van fentanyl worden hoofdzakelijk in ziekenhuizen gebruikt.

Grafiek 3.10**Aantal verkochte verpakkingen psycholeptica (x1000), 1992-2002 (IMS Health, 2003d)**

Bekijken we de voorschriftgegevens van IMS Health dan valt op dat de meeste voorschriften voor benzodiazepines gaan naar vrouwen en in het bijzonder naar vrouwen boven de 65 jaar en vrouwen tussen 40 en 54 jaar (tabel 3.9). Een kleine 25.000 voorschriften worden gegeven aan meisjes onder de 20 jaar.

In 2002 schreven de Belgische artsen 9,4 miljoen keer een voorschrift voor slaap- en kalmeringsmiddelen. Meestal worden dan benzodiazepines voorgeschreven. De koplopers zijn lorazepam (bv. Temesta®), alprazolam (bv. Xanax®) en lormetazepam (bv. Stilnaze®).

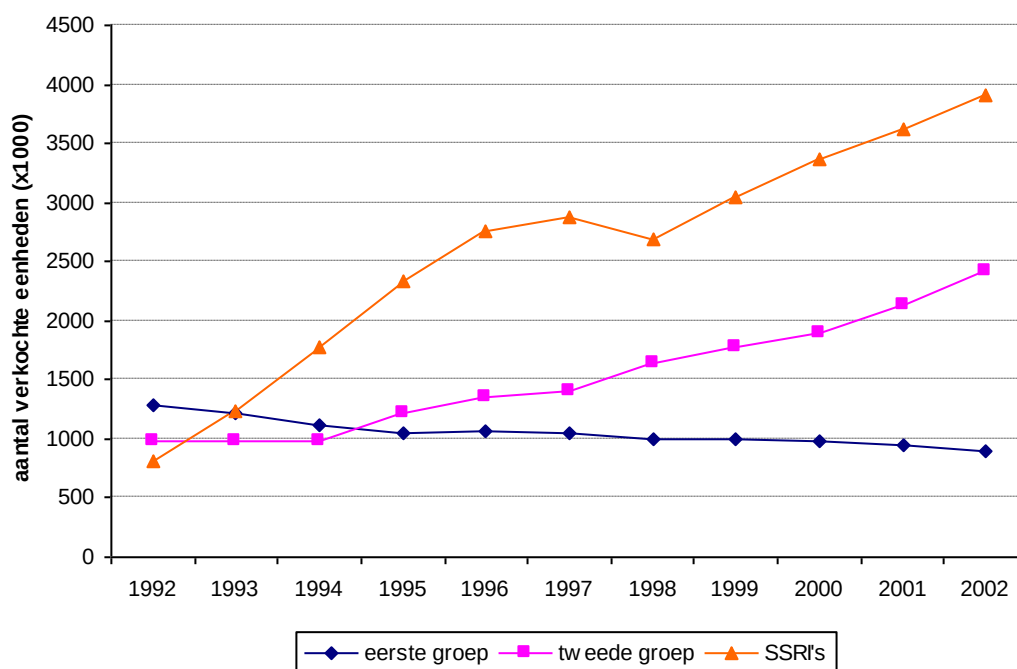
Tabel 3.9**Aantal voorschriften voor benzodiazepines naar sekse en leeftijd, 2002 (IMS Health, 2003d)**

	mannen	vrouwen
1-4 jaar	2.437	2.679
5-11 jaar	2.505	8.051
12-19 jaar	7.760	14.396
20-29 jaar	104.348	128.465
30-39 jaar	266.911	306.174
40-54 jaar	697.441	1.108.640
55-64 jaar	508.589	990.544
65+ jaar	948.013	2.981.356

Hoewel de verkoop van psychostimulantia (vooral dan metylfenidaat) in de lift zit, zijn antidepressiva de meest verkochte producten binnen de categorie psychoanaleptica. De verkoop steeg van 3 miljoen in 1992 naar 7 miljoen verpakkingen in 2002, dat is meer dan een verdubbeling. De omzet is in dezelfde periode verviervoudigd en steeg van 24 miljoen EUR in 1992 naar 125 miljoen EUR in 2002. Sinds 2000 is de verkoop nog met 16% toegenomen. Vooral de tricyclische antidepressiva en aanverwante antidepressiva en SSRI's liggen goed in de markt (grafiek 3.11). De verkoop van de oudere antidepressiva daalt (bv. Prothiaden®, Redomex®,...). In 1992 werden hiervan 1,2 miljoen verpakkingen verkocht, in 2002 strandt de verkoop op 899.112 verpakkingen. De tweede groep tricyclische antidepressiva profiteert van deze achteruitgang (bv. Deanxit®, Trazolan®, Efexor®,...). De verkoop van deze geneesmiddelen stijgt vanaf 1995 tot 2002. In 2002 worden er 2,4 miljoen verpakkingen verkocht. De nieuwste soort antidepressiva die begin jaren negentig werd ontwikkeld, de serotonine heropname remmers (SSRI's), maakt de sterkste opgang door (bv. Cipramil®, Aropax®, Seroxat®,...). De verkoop stijgt van 818.049 verkochte verpakkingen in 1991 naar 3,9 miljoen verkochte verpakkingen in 2002, bijna een verviervoudiging. Tot 1997 worden voornamelijk SSRI's op basis van fluoxetine verkocht (bv. Fluoxone®, Prozac®,...). Nadien nemen de SSRI's op basis van citalopramhydromromide (bv. Cipramil®,...) en paroxetine (bv. Seroxat®,...) de overhand.

Grafiek 3.11

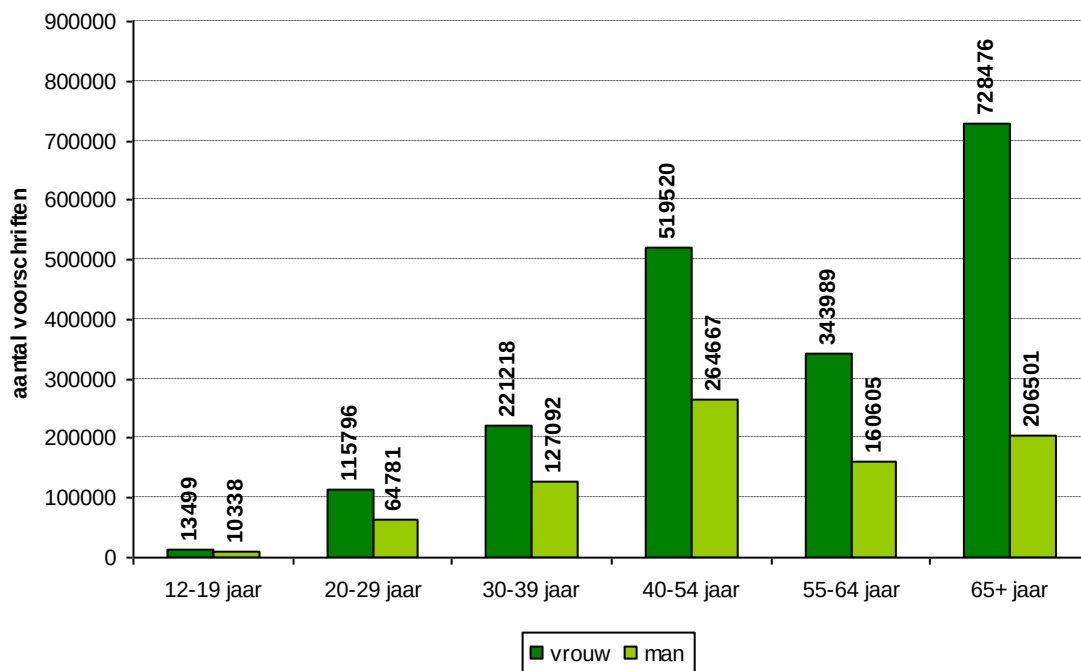
Aantal verkochte verpakkingen tricyclische en aanverwante antidepressiva en SSRI's (x1000), 1992-2002 (IMS Health, 2003d)



In 2002 werden er 5,2 miljoen voorschriften voor antidepressiva voorgeschreven. Het grootste aandeel wordt ingenomen door de SSRI's. Tricyclische en aanverwante antidepressiva en SSRI's worden eveneens meer aan vrouwen dan aan mannen voorgeschreven. Een kritieke leeftijdsgroep vormen net zoals voor benzodiazepines opnieuw de vrouwen tussen 40 en 54 jaar en de 65-plussers (grafiek 3.12).

Grafiek 3.12

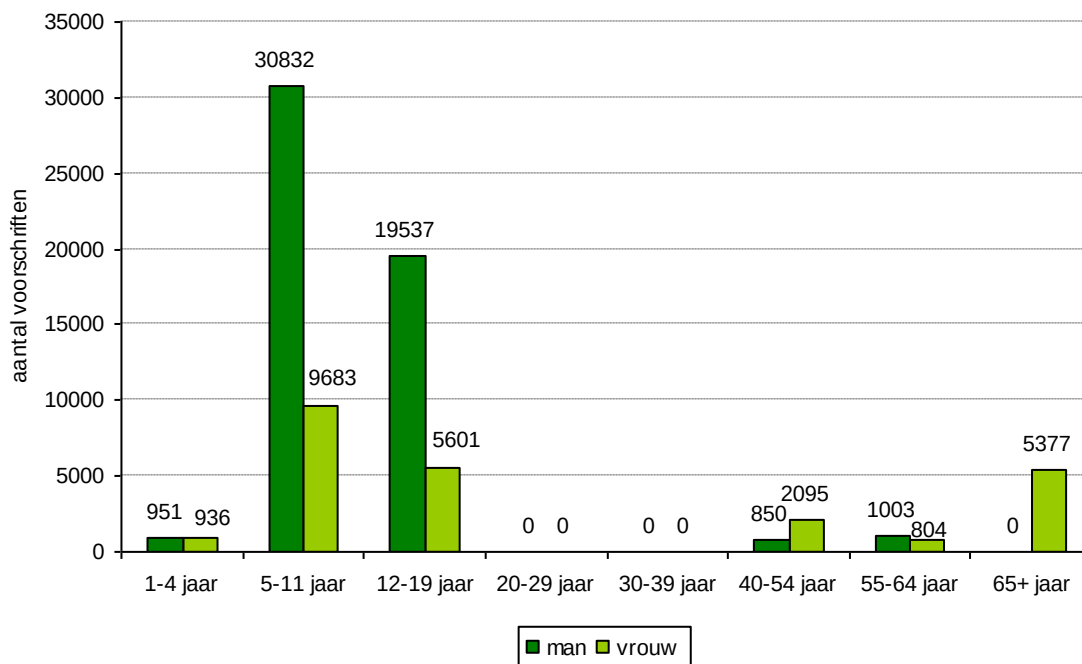
Aantal voorschriften voor SSRI's, 2002 (IMS Health, 2003d)



Psychostimulantia vormen qua verkoop de kleinste groep onder de psychoactieve medicatie met 509.692 verkochte verpakkingen in 2002. Nochtans is de verkoop van deze producten sinds 2000 met 48% gestegen. Deze toename is vooral te wijten aan het grote succes van producten op basis van methylfenidaat (Rilatine®)²⁵ (zie hoofdstuk 8). De verkoop van methylfenidaat steeg met 26% op een jaar tijd.

In 2002 werden 83.296 voorschriften voorgeschreven voor Rilatine®. Rilatine® wordt vooral voorgeschreven aan jongeren onder de twintig jaar en dan nog vooral aan jongens. Het grootste aantal voorschriften gaat naar jongens tussen 5 en 11 jaar (grafiek 3.13).

²⁵ Het gaat hier uitsluitend over het product Rilatine® aangezien het nieuwere middel Concerta® pas vanaf midden 2003 op de markt is.

Grafiek 3.13**Aantal voorschriften voor Rilatine® naar sekse en leeftijd, 2002 (IMS Health, 2003d)**

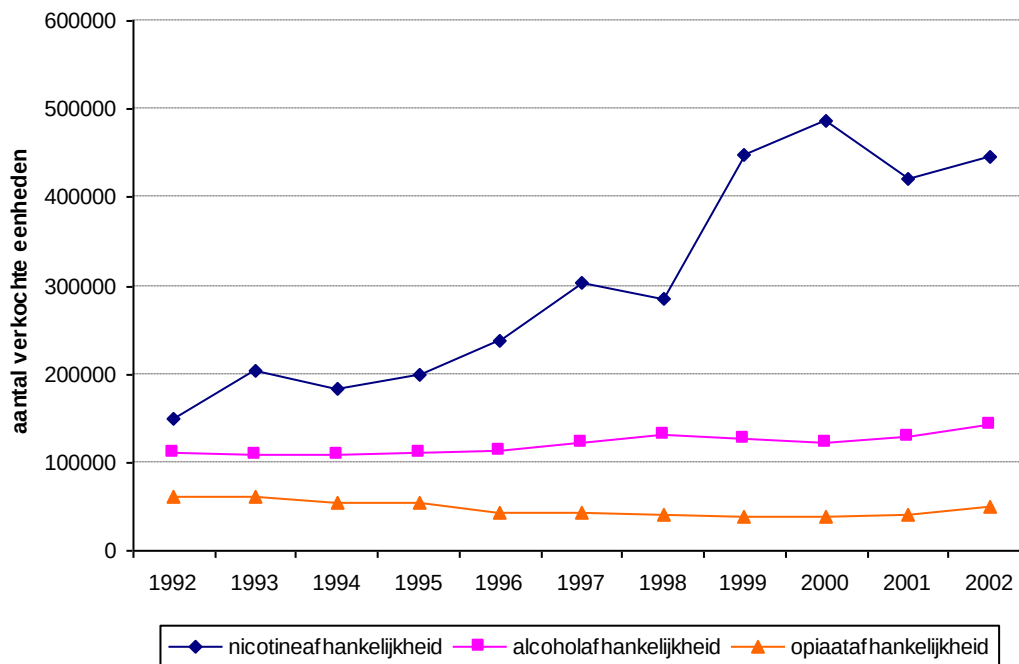
In de aanpak van obesitas wordt soms een eetlustremmer gebruikt die verwant is met de amfetamines. Het gaat om het product sibutramine (Reductil®) dat pas vanaf 2001 op de Belgische markt is. De verkoop van dit geneesmiddel verdrievoudigde al op één jaar tijd van 52.219 verkochte verpakkingen in 2001 tot 156.105 verkochte verpakkingen in 2002.

Geneesmiddelen voor de behandeling van afhankelijkheid vormen een aparte groep waarvan we de verkoop bekijken.

Het ligt voor de hand dat de middelen tegen nicotineafhankelijkheid het meest worden verkocht (bv. Nicorette® kauwgum, Niquitin®,...) (grafiek 3.14). Vanaf 2000 wordt er ook gebruik gemaakt van het product bupropion (Zyban®), een antidepressivum dat ook de ontweningsverschijnselen bij rookstop vermindert. Van Nicotine en bupropion samen gingen er in 2002 er 445.653 verpakkingen over de toonbank. Dat is drie keer meer dan tien jaar geleden.

Grafiek 3.14

Aantal verkochte verpakkingen geneesmiddelen voor de behandeling van afhankelijkheid, 1992-2002 (IMS Health, 2003d)



Van de geneesmiddelen die gebruikt worden in de farmacotherapie van alcoholafhankelijkheid bekijken we de verkoops cijfers van disulfiram, acamprosaat, tiapride en clomethiazol (tabel 3.10). Acamprosaat wordt pas vanaf 1997 aangewend. Tiapride is een neurolepticum en clomethiazol is een sedativum doch deze producten worden hoofdzakelijk in de behandeling van alcoholafhankelijkheid toegepast. In 2002 werden er 142.412 verpakkingen van al deze geneesmiddelen verkocht. Dat betekent in vergelijking met 1992 een toename met 28%. Tegenover 2001 is de verkoop van geneesmiddelen voor de behandeling van alcoholafhankelijkheid met 11% gestegen. Het meest verkochte product is in 2002 acamprosaat.

In 2002 werden er 50.589 verpakkingen producten verkocht die gebruikt worden in de behandeling van opiaatafhankelijkheid. We hebben het dan over methadonhydrochloride, buprenorfine, naltrexon en naloxon. Van 1992 tot 1999 daalde de verkoop van deze middelen maar sinds 2000 zien we terug een opgang. Deze middelen vallen allemaal onder de categorie narcotische analgetica en kunnen strikt genomen dus ook als narcotische pijnstiller gebruikt worden in plaats van in de behandeling van opiaatafhankelijkheid. De cijfers kunnen dus een overschatting zijn.

Tabel 3.10

Verkochte verpakkingen van middelen voor de behandeling van problematisch middelengebruik, 2002 (IMS Health, 2003d)

	aantal verkochte verpakkingen
<i>afhankelijkheid nicotine</i>	445.653
waarvan nicotine (bv. Nicorette®, Nicotinell®, Niquitin®,...)	410.237
waarvan bupropion (Zyban®)	35.416
<i>afhankelijkheid alcohol</i>	142.412
waarvan disulfiram (Antabuse®)	23.349
waarvan acamprosaat (Campral®)	56.889
waarvan tiapride (Tiapridal®)	39.812
waarvan clomethiazol (Distraneurine®)	22.362
<i>afhankelijkheid opiaten</i>	50.589
methadonhydrochloride (Mephenon®)	17.610
buprenorfine (Subutex®, Temgesic®, Transtec®)	32.374
naltrexon (Nalorex®)	131
naloxone (Narcan®)	474

Het interpreteren van verkoops cijfers blijft echter zeer moeilijk. We merken in de meeste cijfers een stijgende tendens in de verkoop. Maar is dat problematisch? Om dat te kunnen beoordelen moeten de evoluties echter steeds in het licht gezien worden van internationale standaarden, indicaties, de gebruiker, enzovoort. De IMS cijfers laten een dergelijke analyse niet toe.

Het voorschrijven van geneesmiddelen wordt door verschillende vraag- en aanbodfactoren bepaald zoals de ziekte of aandoening van de patiënt, sociaal-culturele factoren, de kenmerken van de arts en wetenschappelijke standaarden en richtlijnen (Van den Bergh Jeths, 2002). Ook de patiënt zelf kan het voorschrijfgedrag van de arts mee beïnvloeden. Specialisten blijken anders voor te schrijven dan huisartsen. Ten slotte zijn sommige artsen gevoeliger voor de informatie van de farmaceutische industrie.

Uit onderzoek in Vlaanderen naar de determinanten van het voorschrijfgedrag van artsen blijkt dat de manier waarop artsen geïnformeerd worden over geneesmiddelen een belangrijke determinant is voor zowel de kwaliteit als de kwantiteit van het voorschrijven (Boudry e.a., 2001c). Artsen die hun informatie vooral uit commerciële bronnen kregen schreven meer en kwalitatief minderwaardige producten voor dan artsen die beroep deden op industrie-onafhankelijke informatie. Vooral voor benzodiazepines bleek dat het geval. Naarmate artsen meer belang hechten aan de informatie van de farmaceutische industrie schreven ze vaker benzodiazepines voor. Het inzetten van onafhankelijke artsenbezoekers kan het aantal benzodiazepinevoorschriften doen dalen (Soenen, 2003; Janssens, 2003).

4. Gebruik van psychoactieve medicatie in Vlaanderen

Wie gebruikt psychoactieve medicatie? Hoeveel van deze medicijnen worden gewoonlijk geslikt? Welke medicatie wordt gebruikt? Bevolkingsstudies zijn het ideale instrument om een antwoord te vinden op deze vragen. In ons land zijn vooral jongeren in het secundair onderwijs onderwerp van bevolkingsstudies. Om de prevalentie van het gebruik van psychoactieve medicatie bij de 11-18-jarigen te beschrijven kunnen we dan ook op verschillende onderzoeken terugvallen (zie hoofdstuk 4.2). Sinds 1997 organiseert België een gezondheidsenquête bij een representatieve steekproef van de +15-jarige Belgen. Het onderzoeksperspectief wordt zo verruimd tot de volwassen bevolking. Medicatiegebruik is één van de onderwerpen die in de gezondheidsenquête aan bod komen. Op basis van de gezondheidsenquête en ander bevolkingsonderzoek beschikken we over informatie over het geneesmiddelengebruik van ouderen. Ouderen zijn een risicogroep als het gaat om geneesmiddelengebruik. Omdat ze meer gezondheidsklachten hebben gebruiken ze meer en vaak ook verschillende medicijnen (Dooghe e.a., 1988). Als gevolg van het gebruik van psychoactieve medicatie zijn zij ook meer het slachtoffer van valpartijen (Boudry e.a., 2001c). Jonge kinderen vallen in deze onderzoeken als doelgroep uit de boot. Bepaalde medicijnen zoals Rilatine® in de behandeling van ADHD worden nochtans vooral aan kinderen voorgeschreven (zie hoofdstuk 3.2).

4.1 Algemene bevolking en gebruik van psychoactieve medicatie²⁶

Om het gebruik van psychoactieve medicatie door de Vlaamse bevolking in kaart te brengen kunnen we een beroep doen op de nationale gezondheidsenquête. De gezondheidsenquête peilt naar het algemeen psychisch welbevinden, somatische problemen, angst, depressie of slaapproblemen en het gebruik van psychotrope geneesmiddelen²⁷. Daarmee probeert ze een beeld te schetsen van de mentale gezondheid van de bevolking. Daarnaast worden vragen gesteld over het gebruik van al dan niet voorgeschreven geneesmiddelen.

We geven hier de cijfers voor het Vlaams Gewest²⁸ en wijzen, waar die er zijn, op de belangrijkste verschillen met het Brussels en het Waals Gewest. We proberen ook zoveel mogelijk de cijfers van 1997 en 2001 naast elkaar te zetten. Daarbij mogen we niet vergeten dat het slechts om twee vergelijkingsjaren gaat. Bij verschillen tussen de twee

²⁶ In bijlage 2 wordt de methodologie van de gebruikte bronnen omschreven.

²⁷ Hier gedefinieerd als kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen, antidepressiva.

²⁸ Het Vlaams Gewest is Vlaanderen uitgezonderd het Vlaamstalige deel van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.

bevragingsjaren kunnen toevallige omstandigheden nog een rol spelen. Trends kunnen we pas aangeven als we over meer analysejaren uitspraken kunnen doen.

Nog belangrijk om in het achterhoofd te houden, zeker als we uitspraken willen doen over het medicatiegebruik van de bevolking, is dat de gezondheidsenquête wordt afgenomen bij een steekproef van de niet-geïstitutionaliseerde bevolking. Dit betekent dat personen opgenomen in psychiatrische centra of psychiatrische afdelingen van een ziekenhuis, gedetineerden, mensen in een rust- of verzorgingstehuis,... niet zijn opgenomen in de steekproef. Ongetwijfeld wordt het medicatiegebruik in de Vlaamse bevolking daardoor onderschat.

Een recent onderzoek bij +15-jarigen waarin het nemen van pijnstillers voor courante pijnklachten wordt onderzocht, bespreken we eveneens in dit hoofdstuk.

4.1.1 Gebruik van psychoactieve medicatie (gezondheidsenquête)

Als we de resultaten voor het Vlaams Gewest van de nationale gezondheidsenquêtes van 1997 en 2001 vergelijken stellen we vast dat de prevalentie van psychische klachten gedaald is van 27,8% in 1997 naar 22,1% in 2001 (Buziarsist e.a., 2002)²⁹. Ook de ernstige mentale problemen komen minder voor (15,0% in 1997 en 11,5% in 2001). In 2001 meldt 8% van de Vlaamse bevolking depressieve klachten, 8% zegt somatische klachten te hebben, 6% geeft angstproblemen aan en 20% zegt te kampen te hebben met slaapproblemen³⁰. Het is dan ook weinig verwonderlijk dat in dezelfde enquête 11,6% van de mensen aangeeft dat ze de afgelopen twee weken psychotrope geneesmiddelen gebruikten. In 1997 was dat nog 7,7%. Er worden vooral slaapmiddelen gebruikt (gemiddeld 6,9%), maar ook kalmeringsmiddelen (gemiddeld 5,2%) en antidepressiva (gemiddeld 4,4%) worden vlot geslikt (grafiek 4.1)³¹. 4% gebruikt verschillende psychotrope geneesmiddelen samen³². Zowel voor slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen als voor antidepressiva is het gebruik tussen 1997 en 2001 toegenomen. Het gebruik van psychotrope geneesmiddelen stijgt vooral bij oudere mannen van boven de 75 jaar. Ondanks de verbetering van het psychologisch welzijn, neemt het gebruik van psychotrope medicatie toch toe. Mogelijke verklaringen die het Wetenschappelijk Instituut voor Volksgezondheid daarvoor aanhaalt zijn een verandering in het voorschrijfgedrag, een aanpassing aan de minder positieve gezondheidssituatie, een betere opsporing van mentale problemen of frequenter toepassen van een psychofarmacologische

²⁹ We merken hierbij op dat het gaat om psychische klachten die de respondenten zelf aangeven.

³⁰ Deze gegevens zijn enkel beschikbaar voor 2001.

³¹ De vraagstelling in de bevolkingsenquête houdt in dat de respondent zelf moet aangeven of hij/zij de afgelopen twee weken slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen of antidepressiva nam. We weten dus niet precies wat dat inhoudt. Sommige antidepressiva kunnen bijvoorbeeld ook als slaapmiddel worden gebruikt.

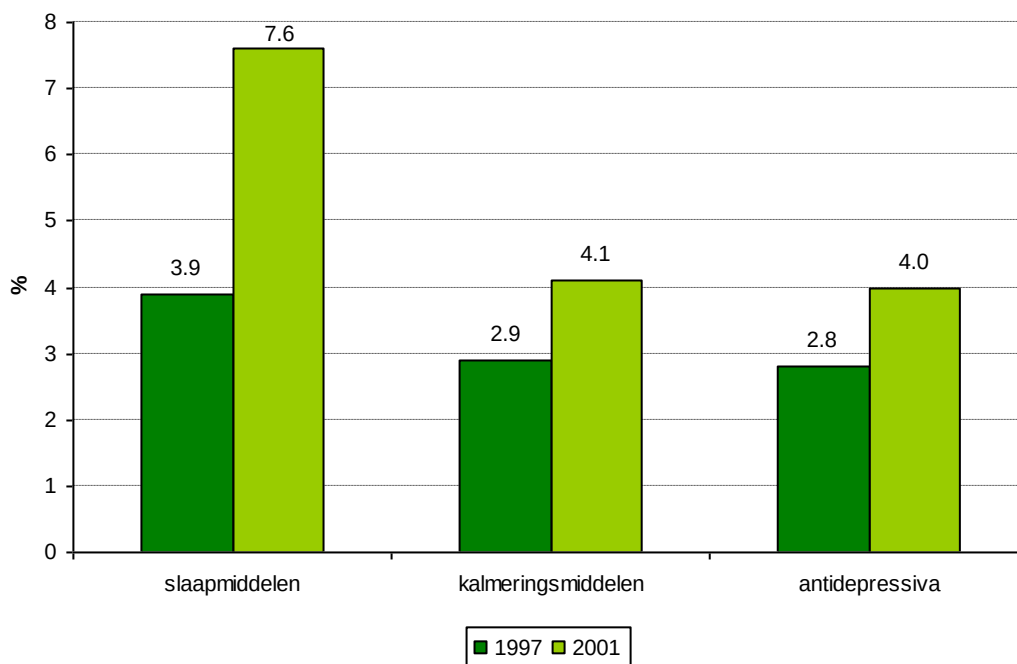
³² Dit cijfer is enkel beschikbaar voor 2001.

behandeling door eerstelijnsartsen. Uiteraard gaat het hier slechts om hypothesen aangezien een gezondheidsenquête niet is opgezet om verklaringen te vinden voor dergelijke trends.

De cijfers voor Vlaanderen zijn vergelijkbaar met deze voor België. In België was de stijging in het gebruik van antidepressiva tussen 1997 en 2001 echter niet significant, voor Vlaanderen wel.

Grafiek 4.1

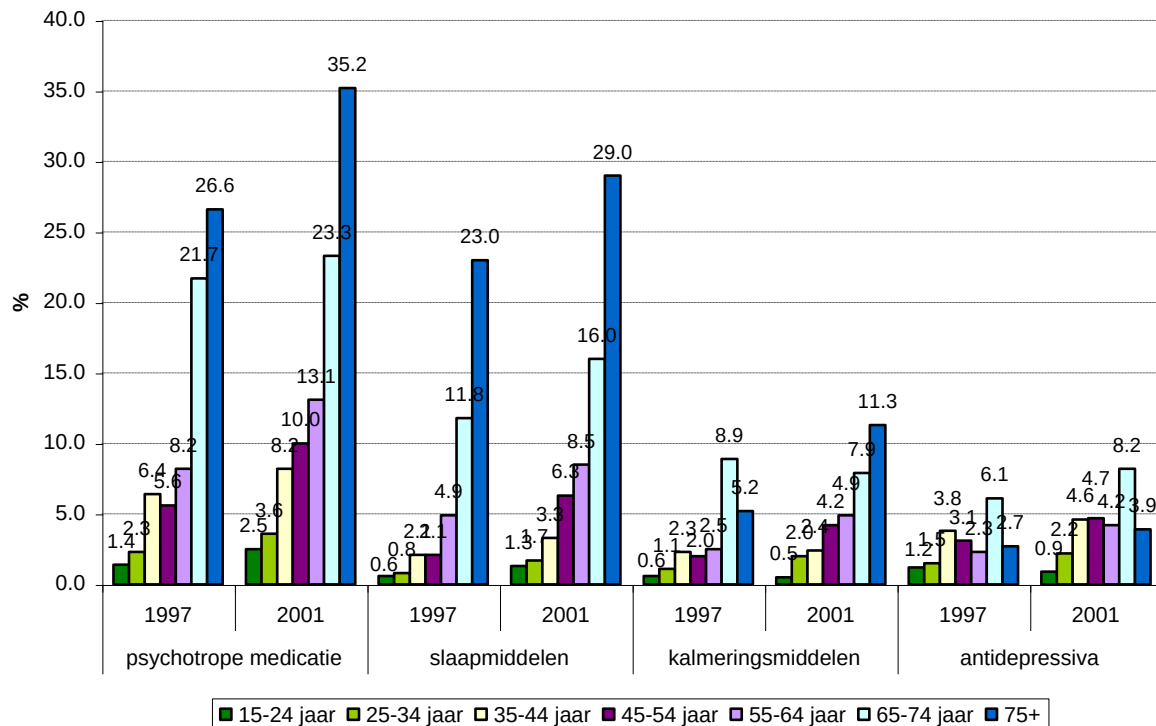
Gebruik van psychotrope medicatie de afgelopen twee weken, Vlaams Gewest (Buziarsist e.a., 2002)



Het gebruik van psychotrope medicatie neemt echter toe met de leeftijd (grafiek 4.2) en dit zowel bij vrouwen als mannen. In vergelijking met de anderen (<16%) gebruiken personen van 75 jaar of ouder meer slaapmiddelen (29,0%). Ook het gebruik van kalmeringsmiddelen is het hoogst in de oudste leeftijdsgroep namelijk 11,3%. Antidepressiva worden vooral gebruikt door personen tussen 65 en 74 jaar (8,2%).

Grafiek 4.2

Gebruik van psychotrope medicatie de afgelopen twee weken naar leeftijd, Vlaams Gewest
(Buziarsist e.a., 2002)



Het gebruik van psychotrope medicatie hangt samen met het opleidingsniveau: meer mensen zonder diploma zeggen dat ze de afgelopen twee weken psychotrope medicatie namen dan mensen met een diploma hoger onderwijs (20,5% versus 7,1% in 2001)³³. De urbanisatiegraad leidt niet tot significante verschillen in gebruik van psychotrope medicatie. Wel is het gebruik van deze geneesmiddelen hoger in het Waals Gewest (17,1%) dan in het Brussels (15,4%) en in het Vlaams Gewest (11,6%).

³³ Dit zijn de gecorrigeerde percentages.

4.1.2 Gebruik van voorgeschreven en niet-voorgeschreven psychoactieve geneesmiddelen (gezondheidsenquête)

Tegenover 1997 is er in 2001 een significant hoger gebruik van voorgeschreven slaapmiddelen en pijnstillers. Bij de mannen doet zich de grootste stijging in gebruik van slaapmiddelen en pijnstillers voor bij de +75-jarigen (tabel 4.1). Voor vrouwen is het gebruik van slaapmiddelen vooral toegenomen bij de 65 tot 74-jarigen. Het zijn echter vooral de vrouwen tussen 35 en 44 jaar die meer pijnstillers gaan gebruiken. In 1997 zijn er meer jonge mannen dan jonge vrouwen die voorgeschreven pijnstillers nemen.

Tabel 4.1

Gebruik van voorgeschreven pijnstillers en slaapmiddelen de afgelopen twee weken naar leeftijd en sekse, Vlaams Gewest (Buziarsist e.a., 2002)

		man		vrouw	
		1997	2001	1997	2001
geneesmiddel	leeftijd				
<i>pijnstiller</i>	0-14 jaar	3,2	2,9	1,5	4,2
	15-24 jaar	4,7	2,0	3,4	7,2
	25-34 jaar	4,1	5,0	2,9	8,3
	35-44 jaar	3,0	7,2	2,5	9,8
	45-54 jaar	2,4	6,5	7,2	10,1
	55-64 jaar	3,7	4,1	3,8	8,5
	65-74 jaar	4,6	3,4	6,6	13,4
	75+ jaar	6,6	12,9	8,6	10,8
<i>slaapmiddel</i>	0-14 jaar	0,2	-	-	-
	15-24 jaar	0,9	1,1	0,3	1,7
	25-34 jaar	-	0,6	1,6	2,4
	35-44 jaar	1,7	2,1	2,5	3,5
	45-54 jaar	0,3	3,5	3,9	8,1
	55-64 jaar	2,1	4,4	8,1	11,5
	65-74 jaar	9,4	9,9	13,3	20,0
	75+ jaar	9,2	22,9	25,9	32,1

Het gebruik van niet-voorgeschreven pijnstillers is over het algemeen hoger dan het gebruik van voorgeschreven pijnstillers (tabel 4.2). Vrouwen gebruiken over het algemeen meer niet voorgeschreven pijnstillers dan mannen. Vooral de leeftijdsgroep tussen 25 en 44 jaar gebruikt niet-voorgeschreven pijnstillers. Slaap- en kalmeringsmiddelen worden echter bijna niet zonder voorschrift genomen.

Tabel 4.2

Gebruik van niet-voorgeschreven pijnstillers, slaap- en kalmeringsmiddelen de afgelopen twee weken naar leeftijd en sekse, Vlaams Gewest (Buziarsist e.a., 2002)

		man		vrouw	
		1997	2001	1997	2001
geneesmiddel	leeftijd				
<i>pijnstillers</i>	0-14 jaar	6,2	6,3	15,6	4,0
	15-24 jaar	11,8	6,6	23,1	16,4
	25-34 jaar	14,9	13,8	21,9	30,7
	35-44 jaar	12,7	12,4	27,6	23,6
	45-54 jaar	15,5	8,0	19,4	20,6
	55-64 jaar	11,5	6,0	9,1	11,0
	65-74 jaar	3,4	4,6	13,5	11,4
	75+ jaar	13,0	2,0	7,5	6,3
<i>slaapmiddel</i>	0-14 jaar	-	-	-	-
	15-24 jaar	-	-	0,3	-
	25-34 jaar	-	-	-	0,5
	35-44 jaar	-	0,4	0,6	0,7
	45-54 jaar	1,5	0,3	2,8	0,7
	55-64 jaar	1,4	0,7	2,7	0,8
	65-74 jaar	0,8	0,3	1,0	1,3
	75+ jaar	-	-	1,5	0,2
<i>kalmeringsmiddel</i>	0-14 jaar	0,3	-	0,1	-
	15-24 jaar	-	-	1,4	0,6
	25-34 jaar	1,1	0,9	0,4	-
	35-44 jaar	0,3	1,2	0,1	-
	45-54 jaar	0,4	-	0,8	0,9
	55-64 jaar	0,2	0,4	0,2	0,7
	65-74 jaar	-	0,6	0,8	-
	75+ jaar	-	-	2,4	0,6

42,9% van de bevolking tussen 45 en 64 jaar nam de afgelopen 24 uur een voorgeschreven geneesmiddel³⁴. Voor 8,4% van de mannen uit deze leeftijdsgroep gaat het om medicatie in verband met het zenuwstelsel: 5,1% gebruikte psycholeptica, 3,5% psychoanaleptica en 1,9% analgetica. Bij de vrouwen nam 12,6% een geneesmiddel in verband met het zenuwstelsel: 6,9% gebruikte psycholeptica, 4,6% psychoanaleptica en 3,5% analgetica. Bij psycholeptica gaat het vooral om benzodiazepines en psychoanaleptica zijn in hoofdzaak antidepressiva. Niet-voorgeschreven geneesmiddelen werden de afgelopen 24 uur in veel mindere mate gebruikt (4,0%).

³⁴ In 1997 was deze vraag niet opgenomen in de gezondheidsenquête. Bij de vraag naar het gebruik van medicatie de afgelopen 24 uur wordt aan de respondent gevraagd om de geneesmiddelen te tonen. Van deze medicatie noteert de enquêteur de CNK-code.

4.1.3 Gebruik van psychoactieve medicatie in andere bevolkingsenquêtes

In 1989-1990 voerden Habraken e.a. (1995) in de provincie Oost-Vlaanderen een bevolkingonderzoek uit over het gebruik van benzodiazepines. Er werd in het bijzonder aandacht besteed aan het chronisch gebruik van benzodiazepines. 18,8% van de Oost-Vlaamse bevolking heeft in het jaar voor het interview benzodiazepines genomen. De meeste gebruikers (89%) namen benzodiazepines voor minstens zes weken. In meer dan de helft van deze gevallen ging het om continu gebruik, namelijk op drie of meer dagen per week. 9% van de totale steekproef waren dus chronische continue gebruikers van benzodiazepines. Deze 9% chronische continue gebruikers gebruikten bijna allemaal (96%) dagelijks benzodiazepines. De gemiddelde leeftijd waarop men was beginnen gebruiken was 55jaar. De gemiddelde duur van het gebruik bedroeg negen jaar. 72% van de chronische continue gebruikers kregen hun eerste voorschrift van de huisarts. Chronisch continue gebruikers waren ouder dan de mensen die nog nooit benzodiazepines gebruikt hadden. De proportie gebruikers neemt toe met de leeftijd. Chronisch continu gebruik kwam meer voor bij vrouwen (12,1%) dan bij mannen (5,8%). Meer gebruikers dan niet-gebruikers van benzodiazepines waren weduwe, leefden alleen of woonden samen met nog een persoon. Bij de gebruikers zag men ook meer gepensioneerden, huisvrouwen, werklozen en werkonbekwamen. De helft van de benzodiazepinegebruikers had geen diploma secundair onderwijs. De benzodiazepinegebruikers ervoeren meer lichamelijke en psychologische klachten. 78% van de chronische continue benzodiazepinegebruikers gebruikten ook nog andere medicatie. Uit de statistische analyses bleek dat het risico op chronisch continu gebruik toeneemt wanneer meer lichamelijke klachten worden ervaren, wanneer de leeftijd toeneemt, wanneer andere medicatie wordt gebruikt, bij meer psychologisch onwelbevinden en werkloosheid. Sekse, burgerlijke staat, aantal personen in het huishouden en onderwijsniveau komen in dit onderzoek niet als bepalende factoren naar voor.

Uit een onderzoek dat het onderzoeksbureau INRA in 2001 uitvoerde in opdracht van de Pain Advisory Board blijkt dat 74% van de Belgen ouder dan 15 jaar kortstondige of acute pijn heeft die zich manifesteert als rugpijn, tandpijn, hoofdpijn, gewrichts- of spierpijn en pijnlijke regels (Pain Advisory Board, 2003; Conem, 2002). 40% ervaart minstens wekelijks kortstondige of acute pijn. Meestal duurt de pijn een paar uur. 52% noemt deze pijn ernstig. Vrouwen kampen meer dan mannen met dit soort pijn en in langere periodes. Zij kennen ook meerdere soorten pijn. Pijn komt vaker en langduriger voor in de lagere sociale klassen en bij ouderen. Franstaligen hebben duidelijk meer last van pijn dan Nederlandstaligen. Pijn heeft gevolgen op het sociale leven: 63% heeft het moeilijk om het dagelijks leven aan te kunnen, 56% heeft stemmingsstoornissen, 43% klaagt over energieverlies, 14% heeft angst

en 43% heeft andere problemen. 75% van degenen die pijn lijden, grijpen naar pijnstillers. Twee vijfde daarvan doet dat minstens wekelijks. De gemiddelde consumptie pijnstillers bedraagt 11 tabletten per maand. Nochtans verbruikt 21% van de gebruikers 74% van het marktaandeel. Zij gebruiken 36 dosissen per maand. 8 op 10 gebruikers slikken 3,8 dosissen per maand wat neerkomt op 26% van de markt.

Via een enquête bij haar leden polste de Christelijke Mutualiteit (CM) ondermeer naar het geneesmiddelengebruik (Christelijke Mutualiteit, 2003). 57,0% zegt generische geneesmiddelen te gebruiken. 10,5% geeft aan dat ze antidepressiva nemen. De meeste gebruikers zijn tussen 45 en 64 jaar (12%). Alleenstaanden met kinderen gebruiken meer antidepressiva dan alleenstaanden zonder kinderen (18,5% versus 13,2%). Bij de echtparen zonder kinderen (10%) is het gebruik dan weer hoger dan bij echtparen met kinderen (8,9%). Het gebruik van antidepressiva is hoog bij gehandicapten (26%) en arbeidsongeschikten (31,2%).

Samengevat

Hoewel mensen in mindere mate aangeven dat ze psychische klachten hebben, neemt het gebruik van psychoactieve geneesmiddelen toe. Daarmee bevestigt de gezondheidsenquête de tendens die al duidelijk naar voor kwam in de analyse van de verkoops cijfers van IMS Health. Het geneesmiddelengebruik is nu hoger dan vroeger als gevolg van demografische ontwikkelingen, sociaal-culturele trends en medisch-technologische ontwikkelingen (Van den Bergh Jeths en Peters-Volleberg, 2002; Kooiker, 2002b). De toenemende levensverwachting en het toenemend aantal allochtonen doen het gebruik toenemen. Mensen worden gemiddeld ouder en van ouderen weten we dat ze meer medicatie nemen. Uit voornamelijk Nederlands onderzoek zien we dat allochtonen meer geneesmiddelen gebruiken en vaak ook op een onjuist of onzorgvuldige manier (zie hoofdstuk 5.1).

Sociaal-culturele ontwikkelingen zoals internationalisering (bv. toename van het toerisme en de migratie), individualisering (mensen worden minder afhankelijkheid van personen uit de omgeving) en grotere verwachtingen van de medische zorg zullen het gebruik van geneesmiddelen nog verder doen stijgen. Het moderne leven staat in het teken van intensieve beleving en ervaring. Een toename van de welvaart en de mobiliteit en de trend naar intensivering maakt het leven drukker en jachtiger waardoor de vraag naar geneesmiddelen om dit soort leven draaglijk te maken kan toenemen. Tijd om rustig thuis uit te zieken is er niet meer bij. Ook daarom zal de vraag naar geneesmiddelen toenemen. Een andere vaststelling is dat ouderen in hun vrije tijd actiever zijn geworden en er ook alles

zullen aan doen om die actieve levensstijl vol te houden. Door het gestegen opleidingsniveau en de toenemende informatisering worden patiënten mondiger en beter geïnformeerd, ook over medicatie. Door de toegenomen gelijkheid in menselijke verhoudingen zullen ze ook sneller hun wensen kenbaar maken bij de arts en bijvoorbeeld sneller vragen naar (specifieke) medicatie.

De medisch technologische ontwikkelingen zetten door waardoor nieuwe geneesmiddelen en nieuwe toedieningsvormen worden ontwikkeld. Het gebruiksgemak en de therapietrouw verbetert, er is een vroegere detectie van ziekten en er komen meer geneesmiddelen voor primaire preventie. Al deze factoren doen het gebruik van geneesmiddelen uiteraard toenemen.

Een opvallend medicatiegebruik stellen we vast bij ouderen en vrouwen. Bij ouderen maakt de leeftijd dat er meer gezondheidsklachten en dus ook meer medicatiegebruik mogelijk zijn (Laekeman, 2002). Door hun vrouw-zijn hebben vrouwen meer contacten met de gezondheidszorg en vandaar ook meer kans om een geneesmiddel voorgeschreven te krijgen (De winter, 1996; De Gijssel, 1995) (zie hoofdstuk 4.4).

Uit de gezondheidsenquête blijkt dat meer mensen zonder diploma zeggen dat ze de afgelopen twee weken psychotrope medicatie namen dan mensen met een diploma hoger onderwijs. Nochtans is opleiding een moeilijke factor om het geneesmiddelengebruik in te schatten (Kooiker, 2002b). Enerzijds is de gezondheid van hogeropgeleiden beter en gebruiken zij minder geneesmiddelen, anderzijds hebben zij een actievere levensstijl en een hogere koopkracht waardoor hun vraag naar geneesmiddelen net kan toenemen.

4.2 Jongeren en gebruik van psychoactieve medicatie³⁵

Heel wat studies die de gezondheid of het middelengebruik van jongeren in kaart brengen hebben het ook over het gebruik van medicatie. Vaak gaat het om lokale of regionale studies (Verhaegen & Raes, 1997; Lombaert & Raes, 2000; Lambrecht e.a., 1996, 2002; Provincie Limburg, 1995, 2003). Enkele hebben de Vlaamse leerlingen als doelgroep. We denken dan aan de studie 'jongeren en gezondheid' (Vereecken & Maes, 2002) en de 'VAD-leerlingenbevraging' (Kinable, 2001; VAD, 2003).

Gemeenschappelijk aan al deze studies is dat het geneesmiddelengebruik niet centraal staat. De focus van het onderzoek is doorgaans verruimd tot gezondheid of middelengebruik waardoor de informatie over gebruik van geneesmiddelen uiteraard beperkt blijft. Bovendien is het ook moeilijk om de studies onderling te vergelijken omdat de vraagstelling sterk verschilt. Vaak worden de studies maar eenmalig uitgevoerd waardoor we absoluut geen vergelijkingen in de tijd kunnen maken. Wanneer het onderzoek toch meerdere malen werd uitgevoerd biedt dat nog geen garantie op vergelijkingsmogelijkheden in de tijd omdat de methode kan wijzigen.

De doelgroep jongeren blijft in bevolkingsonderzoek meestal beperkt tot jongeren in het secundair onderwijs. Universiteits- en hogeschoolstudenten of werkende jongeren vallen buiten het plaatje. Enkele onderzoeken bij hogeschool- of universiteitsstudenten zijn daarop een uitzondering (Lambrecht e.a., 1996; Lambrecht e.a., 2002).

4.2.1 Vlaamse studies

HBSC studie

De universiteit Gent voert al sinds 1990 in Vlaanderen de studie 'jongeren en gezondheid' uit (Vereecken & Maes, 2002). Dit onderzoek maakt deel uit van de studie 'Health Behaviour in School-Aged Children' (HBSC) van de wereldgezondheidsorganisatie en heeft alvast het voordeel dat ze al een aantal keer werd herhaald met dezelfde vragenlijst. In 2002 werd de enquête in Vlaanderen voor de zesde maal afgenomen bij jongeren in het vijfde en zesde leerjaar lager onderwijs en het secundair onderwijs. Vergelijken in de tijd is dus mogelijk. De enquête peilt naar het gebruik van medicatie met de vraag of de jongere de afgelopen maand een pilletje heeft genomen tegen hoest, verkoudheid, hoofdpijn, maagpijn, slaapstoornissen of zenuwachtigheid. Vanaf 2000 wordt daar een pilletje om te vermageren

³⁵ In bijlage 2 wordt de methodologie van de gebruikte bronnen omschreven.

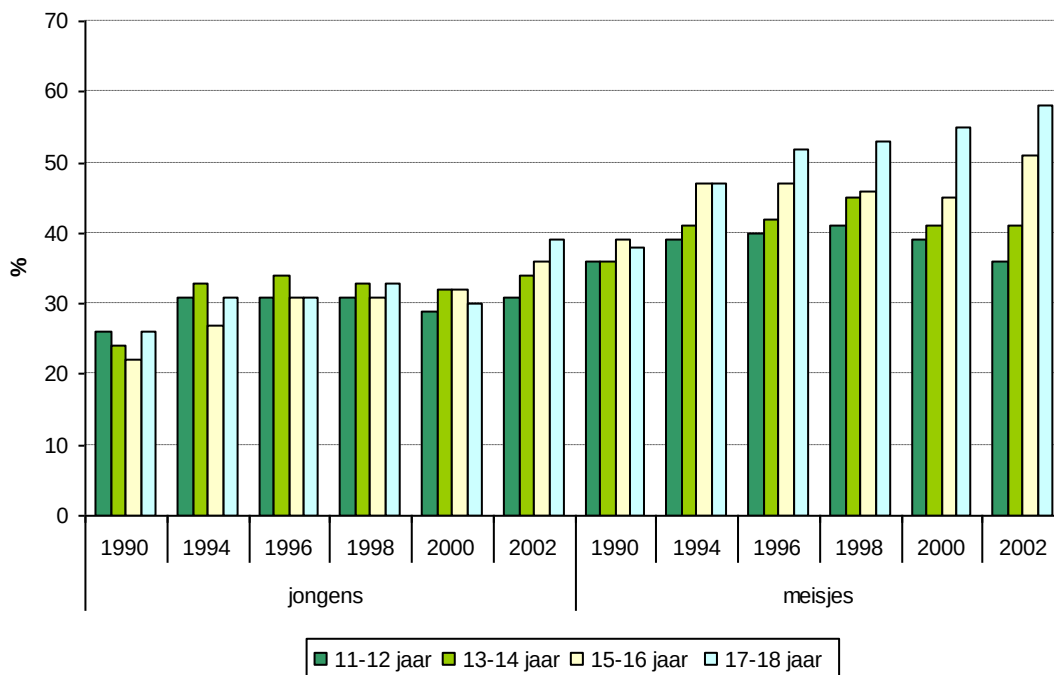
aan toegevoegd. Deze categorisering wijkt echter af van huidige gangbare definities waardoor vergelijking met andere studies niet mogelijk is (zie hoofdstuk 2).

Meer meisjes dan jongens gebruiken geneesmiddelen tegen hoest, verkoudheid, hoofdpijn, maagpijn, slaapstoornissen of zenuwachtigheid, al is dit verschil het duidelijkst bij hoofdpijn en maagpijn. Het gebruik van medicatie tegen slaapstoornissen en zenuwachtigheid is voor meisjes en jongens redelijk gelijklopend. Vermageringsmiddelen worden vooral door meisjes gebruikt en dan vooral door de oudere meisjes (15-18 jaar) en meisjes uit het BSO.

Het gebruik van een pilletje tegen hoofdpijn is sinds 1990 gestegen: in 1990 nam 24% van de jongens de afgelopen maand een pilletje tegen hoofdpijn, in 2002 is dat 35%. Bij de meisjes zien we een toename van 37% naar 46% in 2002. Bij de meisjes zien we een duidelijke toename met de leeftijd (grafiek 4.3). Voor de jongens is er geen leeftijdsgroep die er over de verschillende bevragingsronden heen op dit gebied uitspringt, al zien we ook bij de jongens een stijging met de leeftijd in de laatste bevragingsrunde.

Grafiek 4.3

Afgelopen maand een pilletje genomen tegen hoofdpijn naar sekse en leeftijd (Vereecken & Maes, 2002)

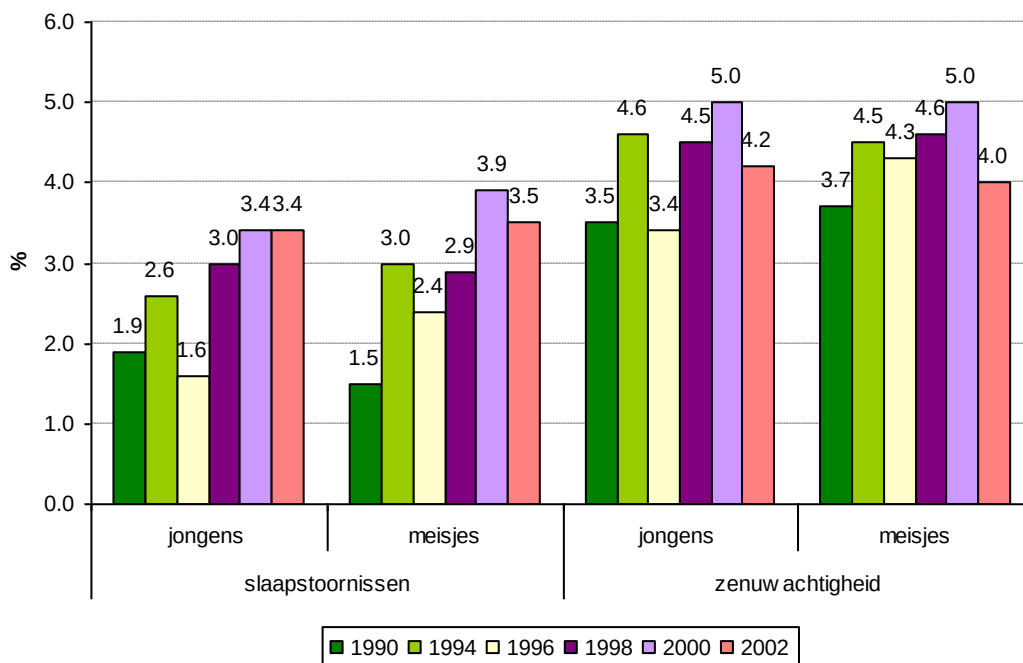


Het gebruik van medicatie tegen slaapstoornissen en zenuwachtigheid ligt heel wat lager dan dat van middelen tegen hoofdpijn. In 1990 gaf 1,9% van de jongens aan dat ze de afgelopen maand een pilletje tegen slaapstoornissen had genomen. In 2002 was dat 3,4%. Bij de meisjes zien we een nog sterker stijgende tendens: in 1990 nam 1,5% een pilletje tegen slaapstoornissen, in 2002 3,5% (grafiek 4.4).

Wanneer we de resultaten van 1990 naast deze van 2002 leggen, dan blijkt het verschil in het gebruik van pilletjes tegen zenuwachtigheid gering: 3,5% versus 4,2% bij de jongens en 3,7% versus 4,0% bij de meisjes (grafiek 4.4). Globaal valt ook op dat jongeren uit het ASO minder medicatie nemen dan jongeren uit het BSO en TSO.

Grafiek 4.4

Afgelopen maand een pilletje genomen tegen slaapstoornissen of zenuwachtigheid naar sekse
(Vereecken & Maes, 2002)



Vergeleken met de andere landen waar de HBSC studie plaatsvindt, bevindt België zich in de middenmoot wat het gebruik van middelen tegen hoofdpijn betreft (Currie e.a., 2000). Kijken we naar de buurlanden dan gebruiken in vergelijking met Vlaanderen meer jongeren in Frankrijk medicatie tegen hoofdpijn (tabel 4.3). In Duitsland zijn er minder jongeren die deze medicijnen nemen.

Pilletjes tegen zenuwachtigheid worden in de landen waar de HBSC studie plaatsvindt veel minder gebruikt dan middelen tegen hoofdpijn. In Groenland (25%) en Israël (17%) is het gebruik van deze medicatie zeer hoog. In Duitsland schommelt het gebruik tussen 4% en 8%, in Frankrijk tussen 5% en 11% en in Vlaanderen tussen 2% en 8% (tabel 4.3).

Tabel 4.3**Afgelopen maand een pilletje genomen tegen hoofdpijn, 1997/1998** (Currie e.a., 2000)

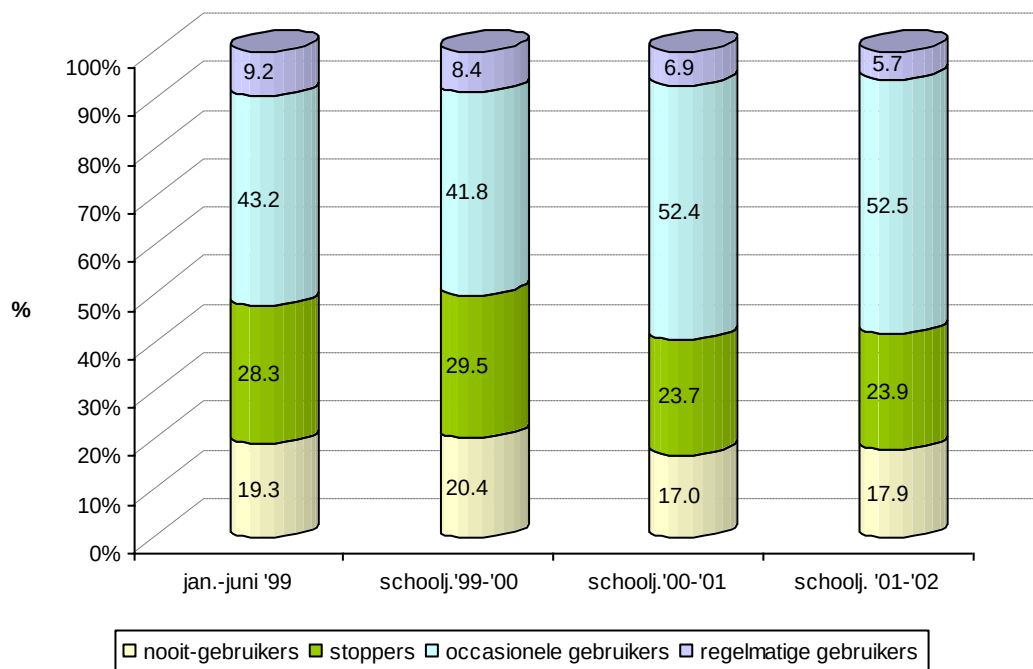
hoofdpijn						
	11-jarigen		13-jarigen		15-jarigen	
	meisjes	jongens	meisjes	jongens	meisjes	jongens
Frankrijk	46,0%	36,0%	53,0%	37,0%	59,0%	40,0%
Vlaanderen	43,0%	33,0%	46,0%	34,0%	47,0%	34,0%
Duitsland	26,0%	22,0%	32,0%	24,0%	42,0%	28,0%
zenuwachtigheid						
	11-jarigen		13-jarigen		15-jarigen	
	meisjes	jongens	meisjes	jongens	meisjes	jongens
Frankrijk	7,0%	9,0%	7,0%	5,0%	11,0%	7,0%
Vlaanderen	7,0%	8,0%	5,0%	5,0%	4,0%	2,0%
Duitsland	8,0%	9,0%	4,0%	6,0%	4,0%	4,0%

VAD-leerlingenbevraging

Het ooit-gebruik van medicatie³⁶ bleef over de jaren heen stabiel van 80,7% in 1999 tot 82,1% in 2001-2002 (grafiek 4.5) (Kinable, 2001; VAD, 2003). Het laatstejaarsgebruik nam toe van 52,4% in 1999 tot 58,2% in 2001-2002. Het is vooral het occasionele gebruik dat voor deze toename verantwoordelijk is.

³⁶ Onder medicatie verstaat men in de VAD-leerlingenbevraging lichte en zware pijnstillers, kalmeringsmiddelen, opwekmiddelen en vermageringsmiddelen.

Grafiek 4.5
Medicatiegebruik over vier schooljaren (Kinable, 2001; VAD, 2003)



Als leerlingen medicatie nemen, gaat het hoofdzakelijk om het gebruik van lichte pijnstillers. Tussen '99 en '01 nam vooral het gebruik van pijnstillers toe. In 1999 nam 51,7% van de leerlingen het laatste jaar pijnstillers, in 2000-2001 ging het om 58,2% van de leerlingen. Uit de gegevens van het schooljaar 2001-2002 blijkt dat 57,2% van de leerlingen het laatste jaar lichte pijnstillers nam, 6,1% gebruikte in dezelfde periode zware pijnstillers.

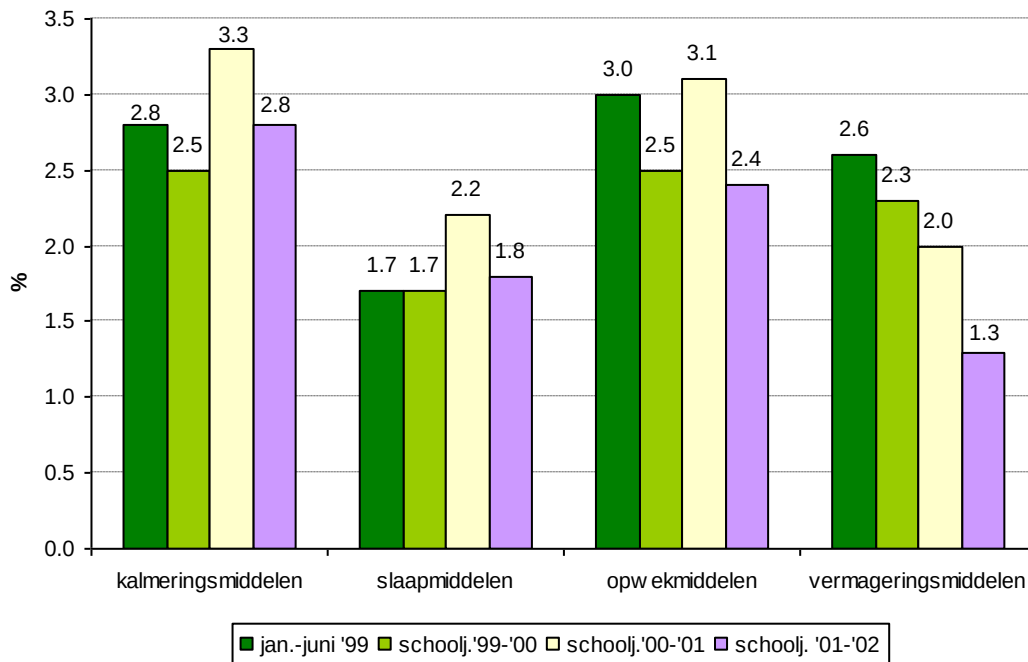
Voor de periode 1999-2001 stijgt het ooit-gebruik van medicatie voornamelijk bij de 13-, 14- en 15-jarigen. De toename in het laatstejaarsgebruik van medicatie is merkbaar in alle leeftijdsgroepen.

Voor pijnstillers doet zich tussen 1999 en 2001 in alle leeftijdsgroepen een lichte stijging voor van zowel het ooit- als het laatstejaarsgebruik.

Het ooit-gebruik van zowel slaap- als kalmeringsmiddelen is in deze periode lichtjes gestegen voor alle leeftijdsgroepen, maar gezien het groeiend aantal 'stoppers' is er weinig verschil over de jaren in het laatstejaarsgebruik (grafiek 4.6). Het laatstejaarsgebruik van opwekmiddelen en vermageringsmiddelen is in de laatste vier schooljaren veeleer verminderd dan toegenomen. Het gaat echter om zeer kleine verschillen.

Grafiek 4.6

Laatstejaarsgebruik van kalmerings-, slaap-, opwek- en vermageringsmiddelen over vier schooljaren (Kinable, 2001; VAD, 2003)



Wat betreft ooit-gebruik van medicatie deed zich bij de jongens een stijging voor, terwijl dit bij de meisjes stabiel bleef. Ook de toename van het laatstejaarsgebruik is bij de jongens sterker uitgevallen dan bij de meisjes.

Diezelfde tendens zien we bij het gebruik van pijnstillers. Ondanks de inhaalbeweging van de jongens, blijft het gebruik van pijnstillers door de meisjes groter.

Wat de andere medicatiesoorten betreft - de kalmerings-, slaap-, opwek- en vermageringsmiddelen - zijn er geen verschillende evoluties waarneembaar voor jongens en meisjes.

Terwijl het ooit-gebruik en het laatstejaarsgebruik van medicatie gestegen is in het ASO en in het TSO, zien we een lichte daling van het ooit-gebruik in het BSO.

De stijging van het ooit-gebruik en het laatstejaarsgebruik van pijnstillers beperkte zich eveneens tot het ASO en het TSO.

Voor de kalmerings-, slaap-, opwek- en vermageringsmiddelen zijn er geen verschillende evoluties op te merken voor leerlingen van verschillende onderwijsvormen.

4.2.2 Regionale studies

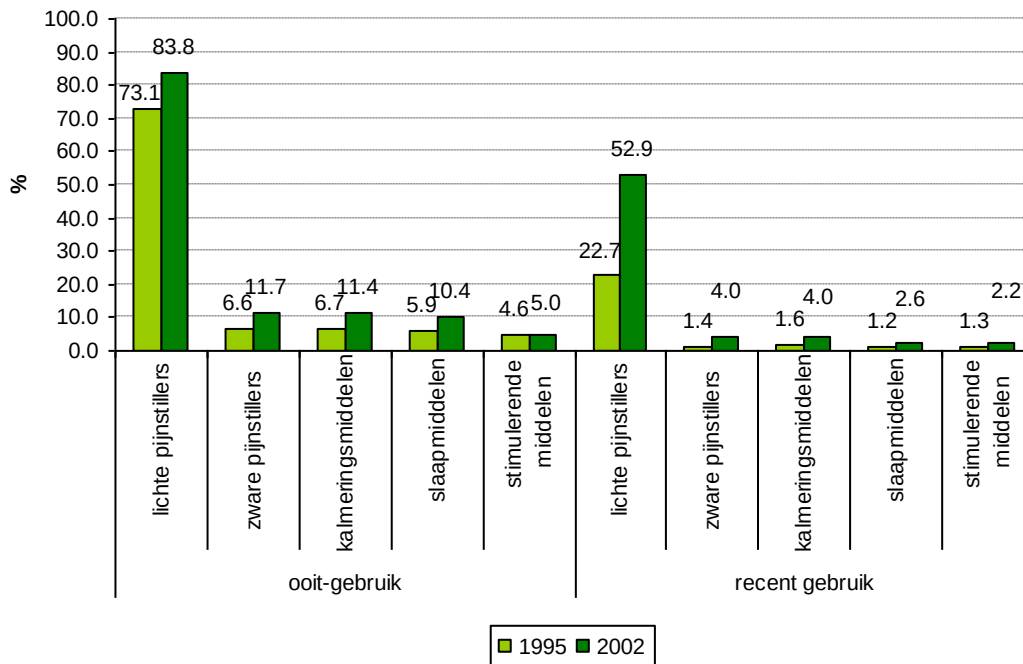
Jongerenonderzoek in de provincie Limburg

Wanneer we de resultaten van de Limburgse jongerenonderzoeken van 1995 en 2002 naast elkaar plaatsen merken we dat voor alle middelen zowel het ooit-gebruik als het recent gebruik toenamen (grafiek 4.7) (Provincie Limburg, 1995; Provincie Limburg, 2003). De vergelijking moet echter heel voorzichtig bekeken worden omdat de onderzoekspopulatie en de vraagstelling niet perfect vergelijkbaar zijn. De onderzoekers gingen ook niet na of de verschillen tussen 1995 en 2002 significant zijn. De verschillende methodologie van de twee onderzoeken kan dus een invloed hebben op de gevonden verschillen. Het ooit-gebruik kan zonder problemen naast elkaar gezet worden. Het recent gebruik is in 1995 en 2002 echter anders gedefinieerd³⁷. In 1995 nam 22,7% van de bevroegde jongeren recentelijk lichte pijnstillers, in 2002 gaat het al om de helft van de leerlingen (52,9%). Stimulantia (2,2%) en slaapmiddelen (2,6%) worden door de jongeren nog minder dan zware pijnstillers (4,0%) of kalmeringsmiddelen (4,0%) genomen. In 2002 zeggen meer meisjes dan jongens dat ze ooit lichte en zware pijnstillers gebruikten. Ook in het recent gebruik van deze pillen spannen meisjes de kroon. Deze tendenzen werden ook al in 1995 waargenomen. Het ooit-gebruik van kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen is in 2002 hoger bij meisjes dan bij jongens maar in het huidig gebruik zijn er geen opmerkelijke verschillen meer tussen de seksen. In 1995 werd er geen opvallend verschil gezien in het gebruik van slaapmedicatie tussen jongens en meisjes. Wel gebruikten meisjes ook toen al meer kalmeringsmiddelen. Zowel in 1995 als in 2002 verschilt het gebruik van stimulerende middelen niet veel tussen meisjes en jongens of tussen het ASO, TSO of BSO. In beide bevragingsmomenten is wel opvallend dat significant meer BSO-jongeren dan jongeren uit de andere onderwijsvormen recent lichte en zware pijnstillers en kalmeringsmiddelen gebruikten.

³⁷ Recent gebruik is in 1995 gedefinieerd als minstens een keer per maand het middel gebruiken; in 2002 is recent gebruik het gebruik van het middel in de afgelopen vier weken.

Grafiek 4.7

Ooit- en recent gebruik van psychoactieve medicatie door jongeren in de provincie Limburg (Provincie Limburg, 2003)



18,6% van de jongeren nam de laatste maand vier keer of meer een lichte pijnstiller. Het 'veel-gebruik' van de andere middelen schommelt tussen de 1 en de 2%. Deze vraag werd in 1995 niet gesteld.

Zwaardere pijnstillers nemen de jongeren in regel met een voorschrift. Bij de overige middelen is dat zeker niet het geval. Slechts een kwart van de jongeren neemt lichte pijnstillers of stimulerende middelen altijd op voorschrift. Hoewel de vergelijking met 1995 niet helemaal zuiver is zien we toch dezelfde tendensen.

Hongerstillende middelen worden niet veel gebruikt. Zowel in 1995 als in 2002 nam 4% ooit al een dergelijk middel. Het gebruik ervan tijdens de afgelopen vier weken ligt wel hoger bij meisjes (2,4%) dan bij jongens (0,6%). Zowel in 1995 als in 2002 kunnen we vaststellen dat jongeren die les volgen in het BSO meer hongerstillende middelen gebruiken dan de andere jongeren.

Jongerenonderzoek in Brussel

Het jongerenonderzoek in Brussel is niet alleen interessant omdat we de gegevens van twee onderzoeksjaren kunnen vergelijken, 1994 en 1998, dit onderzoek levert ons bovendien inzichten in het medicatiegebruik van hogeschool- en universiteitsstudenten.

Uit de bevraging van 1994 blijkt dat 81,9% van de jongeren ooit geneesmiddelen³⁸ heeft genomen (Lambrecht e.a., 2002). In 1998 is het aandeel ooit-gebruikers afgenomen naar driekwart (77,4%). Opvallend is dat in 1998 meer jongeren rapporteren dat ze ooit zware pijnstillers gebruikten (van 9,2% naar 26,7%). De laatste maand prevalentie (van 35,4% in 1994 naar 43,6% in 1998) en de laatste weekprevalentie (van 17,7% in 1994 naar 21,1% in 1998) van medicatiegebruik zijn toegenomen. Dit wordt hoofdzakelijk verklaard door het gebruik van lichte pijnstillers, maar ook voor de overige middelen zien we op dat vlak een toename. Het percentage huidige gebruikers blijft over de twee jaren stabiel op zeven op tien adolescenten.

De frequentie van medicatiegebruik is tussen 1994 en 1998 eveneens toegenomen (Lambrecht e.a., 2002). Het maandelijks gebruik steeg van 26,2% naar 31,7%, het wekelijks gebruik van 4,4% naar 8,2% en het dagelijks gebruik van 0,7% naar 1,7%. De frequentie van medicatiegebruik neemt toe in alle leeftijdsfasen³⁹. Het regelmatig gebruik (wekelijks tot dagelijks) van medicatie stijgt in de vroege adolescentie van 3,9% in 1994 naar 8,8% in 1998, in de middenadolescentie van 5,0% in 1994 naar 12,3% in 1998 en in de laatadolescentie van 7,9% in 1994 naar 10,4% in 1998. In 1998 worden geneesmiddelen het vaakst gebruikt in de middenadolescentie.

Uit de bevraging van 1994 blijkt dat bijna de helft van de jongeren (45,4%) niet weet wanneer ze geneesmiddelen zijn beginnen nemen (Lambrecht e.a., 1996). Dit is vooral te wijten aan het feit dat de meeste jongeren niet meer weten wanneer ze voor het eerst lichte pijnstillers namen (Lambrecht e.a., 2002). Om die reden werd in 1998 enkel nog gepeild naar de beginleeftijd van het gebruik van zwaardere geneesmiddelen (zware pijnstillers, kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen en opwekmiddelen). De startleeftijd voor het gebruik van zware geneesmiddelen daalde tussen 1994 en 1998 van 15 jaar en 7 maanden naar 14 jaar en 7 maanden. In 1998 worden zware pijnstillers gemiddeld op 14 jaar en 2 maand genomen, slaapmiddelen op 14 jaar en 8 maand, kalmeringsmiddelen op 15 jaar en 6 maand en opwekmiddelen ten slotte op 16 jaar en 1 maand. In 1994 waren de beginleeftijden zeer gelijklopend.

De meeste jongeren gebruiken geen zware pijnstillers, kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen of opwekmiddelen (grafiek 4.8) (Lambrecht e.a., 2002). Zeven op tien adolescenten namen het laatste jaar echter wel lichte pijnstillers. Het percentage gebruikers van lichte pijnstillers en van opwekmiddelen bleef in 1994 en 1998 stabiel. Het gebruik van zware pijnstillers en

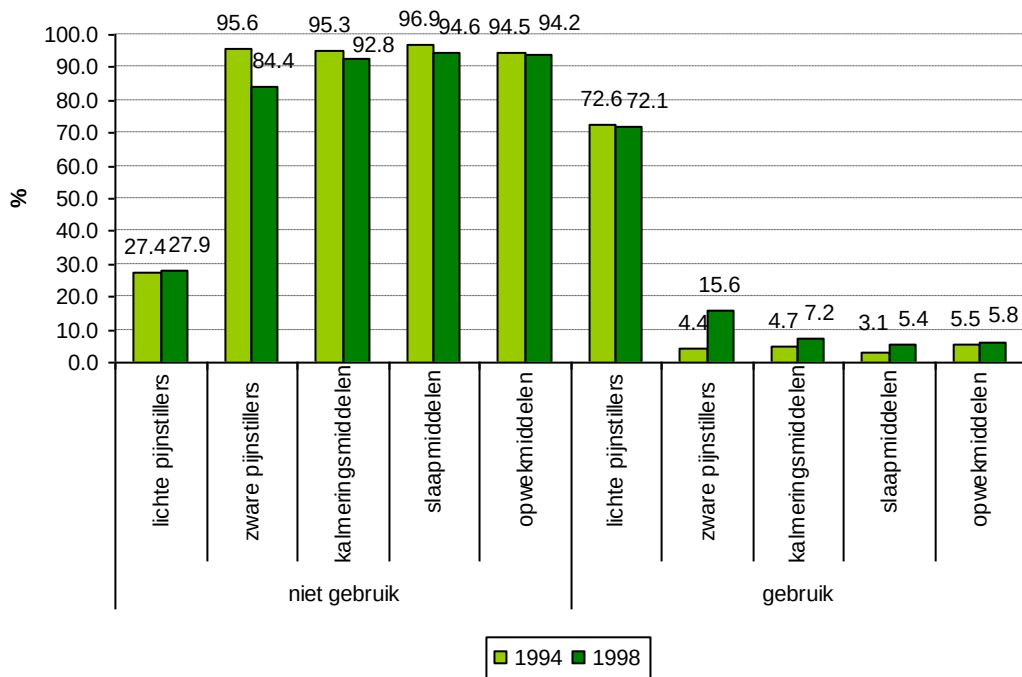
³⁸ In dit onderzoek verstaat men onder geneesmiddelen lichte pijnstillers, zware pijnstillers, kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen en opwekmiddelen.

³⁹ Lambrecht e.a. (1996) maken het onderscheid tussen vroege adolescentie (12-15 jaar), middenadolescentie (16-18 jaar) en laatadolescentie (19-22 jaar).

van slaap- en kalmeringsmiddelen is echter toegenomen. Vooral het gebruik van zware pijnstillers stijgt fors van 4,4% in 1994 naar 15,6% in 1998.

Grafiek 4.8

Gebruikers en niet-gebruikers van medicatie in Brussel (Lambrecht e.a., 2002)



Jongeren krijgen lichte pijnstillers vooral van de ouders (42,5% in 1994; 58,7% in 1998) (Lambrecht e.a., 1996; Lambrecht e.a., 2002)⁴⁰. Zware pijnstillers (73,5% in 1994; 76,7% in 1998) en kalmeringsmiddelen (57,6% in 1994; 60,7% in 1998) worden hoofdzakelijk op voorschrift van een arts genomen. Slaapmiddelen worden bijna evenveel door de arts (41,9% in 1994; 42,7% in 1998) als door de ouders (40,5% in 1994; 38,8% in 1998) gegeven. Opwekmiddelen gebruiken de meeste jongeren op voorschrift van een geneesheer (42,7% in 1994; 37,0% in 1998). In 1998 neemt 31,8% deze producten op eigen initiatief (in 1994 was dat nog 14,0%).

Ouders zijn het belangrijkste kanaal waarlangs jongeren geïntroduceerd worden in geneesmiddelengebruik⁴¹. Behalve zware pijnstillers, die jongeren de eerste keer vooral op advies van een arts, tandarts of apotheker nemen, worden alle producten de eerste maal aangeboden door de ouders.

⁴⁰ Deze percentages zijn niet gewogen waardoor we voorzichtig moeten zijn om tussen de jaren te vergelijken.

⁴¹ Deze vraag werd in 1998 niet hernomen.

Aan de jongeren werd gevraagd waarom ze medicatie gebruiken. Ze noemen pijnbestrijdende (43,5%) (hoofdpijn, pijnlijke maandstonden, tandpijn, buikpijn, spierpijn,...), ziektegerichte (22,6%) (ziekte, koorts, verkoudheid, griep,...), toestandsgesichte (8,8%) (stress, slaapproblemen, allergie...) en andere situationele redenen (11,7%) (examens, ongeval,...) (Lambrecht e.a., 1996). Gelijkaardige redenen worden ook in de bevraging van 1998 aangehaald (Lambrecht e.a., 2002).

De motivatie van niet-gebruikers om geen medicatie te gebruiken kent noodzakelijkheidsgesichte (22,0%) (niet nodig hebben,...), houdingsgesichte (8,6%) (afkerig, nutteloos,...) en gevolggesichte (7,7%) (verslavend, ongezond,...) redenen (Lambrecht e.a., 1996). In 1998 vermelden Lambrecht e.a. (2002) de 'gevaarsdimensie' (verslavend, mag niet van ouders, nevenwerkingen, gevaarlijk, ongezond, te zwaar), de 'vreemdheidsdimensie' (nooit aangeboden, niet natuurlijk), de 'houdingsdimensie' (uit principe, afkeer), de 'gezondheidsdimensie' (gezond leven, gebruik alternatieve geneeswijzen) en de 'overtuigingsdimensie' (nutteloos, geen geloof).

Voor de onderzoekspopulatie berekenden Lambrecht e.a. (1996, 2002) het gecombineerd gebruik van geneesmiddelen. Daarmee wordt bedoeld dat verschillende geneesmiddelen al eens werden gebruikt maar niet noodzakelijk op hetzelfde moment. Onmiddellijk valt op dat er in 1998 meer gecombineerd wordt (tabel 4.4)⁴². In 1994 houdt 80,7% van de jongeren die medicatie gebruiken het bij één geneesmiddel, de meesten (79,3%) beperken zich tot lichte pijnstillers. In 1998 gebruikt 57,9% slechts één geneesmiddel. Ook dan gaat het hoofdzakelijk om gebruik van lichte pijnstillers (56,7%). 19,3% (in 1994) en 42,0% (in 1998) van de jongeren die geneesmiddelen gebruiken combineert geneesmiddelen. De combinatie van twee geneesmiddelen komt het meest voor (14,1% in 1994, 26,0% in 1998). Meestal worden dan lichte pijnstillers gecombineerd met zware pijnstillers (4,5% in 1994, 18,4% in 1998). Wanneer drie medicijnen samen worden genomen, is de combinatie van lichte pijnstillers met slaap- en kalmeringsmiddelen het populairst in 1994. In 1998 gaat men dan voluit voor de combinatie van lichte en zware pijnstillers plus kalmeringsmiddelen.

⁴² Toch moeten we hier opletten met het vergelijken tussen de jaren omdat we hier niet werken met gewogen percentages.

Tabel 4.4

Gecombineerd gebruik van geneesmiddelen door gebruikende populatie in Brussel (Lambrecht e.a., 1996; Lambrecht e.a., 2002)

gecombineerd gebruik van medicatie		1994		1998	
		N	%	N	%
één geneesmiddel	1	1.049	79,3	1.039	56,7
	2	3	0,2	5	0,3
	3	3	0,2	6	0,3
	4	3	0,2	3	0,2
	5	10	0,8	9	0,5
	totaal	1.065	80,7	1.062	57,9
twee geneesmiddelen	1+2	59	4,5	338	18,4
	1+3	50	3,8	56	3,1
	1+4	26	2,0	39	2,1
	1+5	49	3,7	38	2,1
	2+3	-	-	1	0,1
	2+4	-	-	0	0,0
	2+5	-	-	1	0,1
	3+4	-	-	2	0,1
	3+5	-	-	1	0,1
	4+5	1	0,1	1	0,1
	totaal	185	14,1	477	26,0
drie geneesmiddelen	1+2+3	9	0,7	66	3,6
	1+2+4	2	0,2	34	1,9
	1+2+5	4	0,3	37	2,0
	1+3+4	16	1,2	17	0,9
	1+3+5	7	0,4	6	0,3
	1+4+5	8	0,6	5	0,3
	2+3+4	-	-	1	0,1
	2+3+5	-	-	0	0,0
	2+4+5	-	-	0	0,0
	3+4+5	1	0,1	1	0,1
	totaal	47	3,5	167	9,1
vier geneesmiddelen	1+2+3+4	5	0,4	35	1,9
	1+2+3+5	1	0,1	17	0,9
	1+2+4+5	2	0,2	9	0,5
	1+3+4+5	7	0,4	11	0,6
	2+3+4+5	-	-	1	0,1
	totaal	15	1,1	73	4,0
alle geneesmiddelen	1+2+3+4+5	8	0,6	54	2,9
totaal		1.320	100,0	1.833	100,0

1=lichte pijnstillers, 2= zware pijnstillers, 3=kalmeringsmiddelen, 4=slaapmiddelen, 5=opwekmiddelen.

Het aandeel gebruikers van geneesmiddelen is groter in het hoger onderwijs (76,1% in 1994; 76,4% in 1998) dan in het secundair onderwijs (62,3% in 1994; 68,0% in 1998)⁴³. Het aantal gebruikers van lichte pijnstillers is significant hoger in het hoger onderwijs dan in het secundair onderwijs (77,5% tegenover 62,8% in 1994 en 75,4% tegenover 67,9% in 1998). Het verschil is vooral opvallend bij het occasionele gebruik terwijl het regelmatige gebruik van lichte pijnstillers niet zo veel verschilt tussen het secundair en het hoger onderwijs.

⁴³ Deze percentages zijn niet gewogen waardoor we voorzichtig moeten zijn om tussen de jaren te vergelijken.

Er is een verschil in percentage gebruikers van zware pijnstillers in het hoger (4,3%) en in het secundair onderwijs (3,6%), maar volgens de onderzoekers is de leeftijd daarvoor een verklarende factor. Voor 1998 spreken de onderzoekers van een te zwak verschil tussen de onderwijsvormen.

Wat betreft het gebruik van kalmeringsmiddelen, slaapmiddelen en opwekmiddelen is er geen significant verschil tussen het hoger en het secundair onderwijs.

Schoolgaande jongeren in Brugge

In Brugge vulden leerlingen uit de derde graad van het secundair onderwijs in 1994, 1996 en 1999 een vragenlijst in over middelengebruik en vrije tijd (Raes, 1996; Verhaegen & Raes, 1997; Lombaert & Raes, 2000). Medicatiegebruik komt eveneens aan bod. Hoewel we hier te maken hebben met een herhaalde bevraging die uitzicht biedt op vergelijkingen over de tijd, is voorzichtigheid toch geboden. Tussen 1994 en 1999 is bijvoorbeeld de onderzoeksdoelgroep uitgebreid van laatstejaars- naar laatste graadsleerlingen van het secundair onderwijs. Waar medicatie in 1994 en 1996 uitsluitend verwees naar opwekkende middelen, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen zijn daar in 1999 ook verdovende pijnstillers en vermageringspillen aan toegevoegd. Bovendien hebben enkele vragen, ondermeer deze die peilt naar de frequentie van gebruik, de nodige wijzigingen ondergaan.

Zowel van opwekkende middelen, kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen is het ooit-gebruik tussen 1994 en 1999 toegenomen (van 6,7% naar 12,2% voor opwekkende middelen, van 9,3% naar 14,1% voor kalmeringsmiddelen en van 6,8% naar 10,3% voor slaapmiddelen)⁴⁴. Het gebruik van kalmeringsmiddelen komt het meest voor. Al deze producten worden door de leerlingen die deze medicatie ooit gebruikten eerder zelden gebruikt. In 1996 neemt 8,4% van de leerlingen die ooit opwekkende middelen gebruikten vaak dergelijke middelen. Het vaak gebruiken van opwekkende middelen is tussen 1994 en 1996 wel toegenomen van 4,5% naar 8,4% (onder de ooit-gebruikers). Bij de leerlingen die ooit kalmeringsmiddelen en slaapmiddelen namen, zijn er in 1996 respectievelijk 7,7% en 4,8% leerlingen die dat vaak doen.

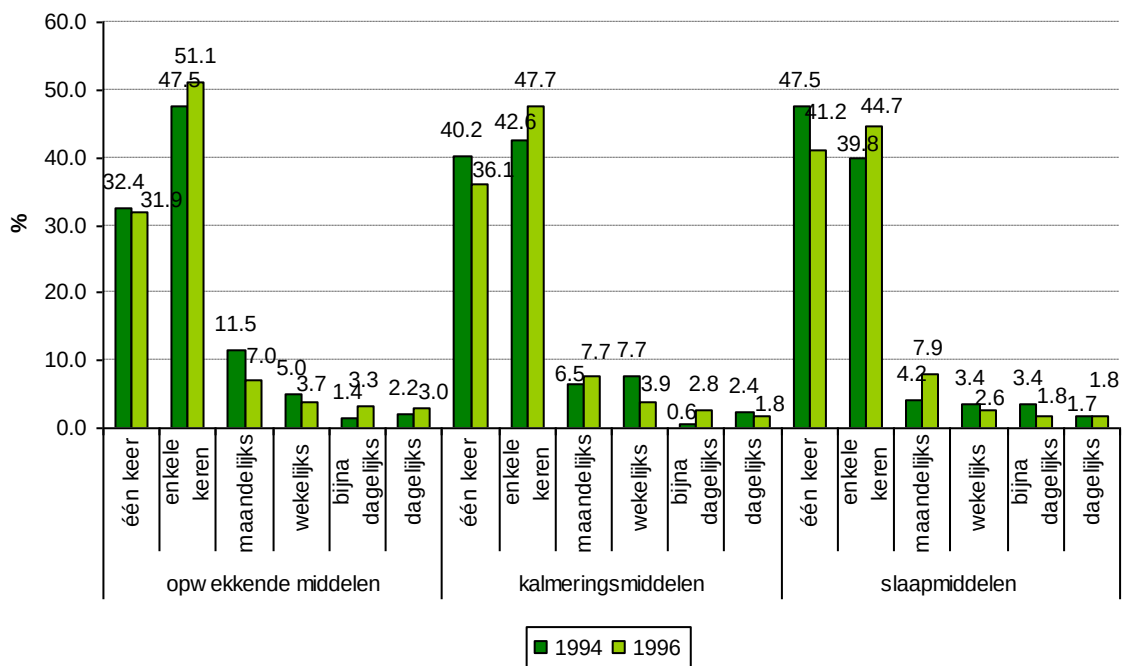
Kijken we naar het gebruik van medicatie gedurende de laatste zes maanden dan valt op dat ook hier tegenover 1994 het gebruik van opwekkende middelen, slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen in 1996 licht is gestegen: voor opwekkende middelen van 6,0% naar 7,8%, voor kalmeringsmiddelen van 7,2% naar 8,2% en voor slaapmiddelen van 5,1% naar

⁴⁴ Bij de vergelijking tussen de verschillende jaren moeten we ermee rekening houden dat de steekproeven niet representatief zijn en dat de steekproefgrootte sterk verschilt. De resultaten geven wel een indicatie van verschillen tussen 1994 en 1999.

6,6%. Voor opwekkende middelen zien we vooral het bijna dagelijkse en het dagelijkse gebruik toenemen tussen de twee bevestigingsmomenten (grafiek 4.9). Voor slaap- en kalmeringsmiddelen is het opvallend dat tussen 1994 en 1996 het aantal éénmalige gebruikers sterk afneemt. De laatste zes maanden zijn er dus niet alleen meer gebruikers van slaap- en kalmeringsmiddelen maar ook minder éénmalige 'experimenteerders' onder deze gebruikers.

Grafiek 4.9

Frequentie van medicatiegebruik van gebruikers van medicatie tijdens de laatste zes maanden
(Raes, 1996; Verhaegen & Raes, 1997)



In 1999 zijn de antwoordcategorieën gewijzigd en is de referentieperiode niet afgebakend tot de laatste zes maanden, waardoor we de cijfers niet met de voorgaande jaren kunnen vergelijken. 85,9% van degenen die ooit vermageringspillen namen, doen dat minstens wekelijks (tabel 4.5). 68,5% van degenen die ooit opwekkende middelen namen, gebruikt minstens wekelijks opwekkmiddelen en 63,1% van degenen die ooit kalmeringsmiddelen namen, doet dat minstens wekelijks. Slaapmiddelen en verdovende pijnstillers worden door ruim de helft van de jongeren die deze middelen ooit gebruikten, wekelijks geslikt.

Tabel 4.5

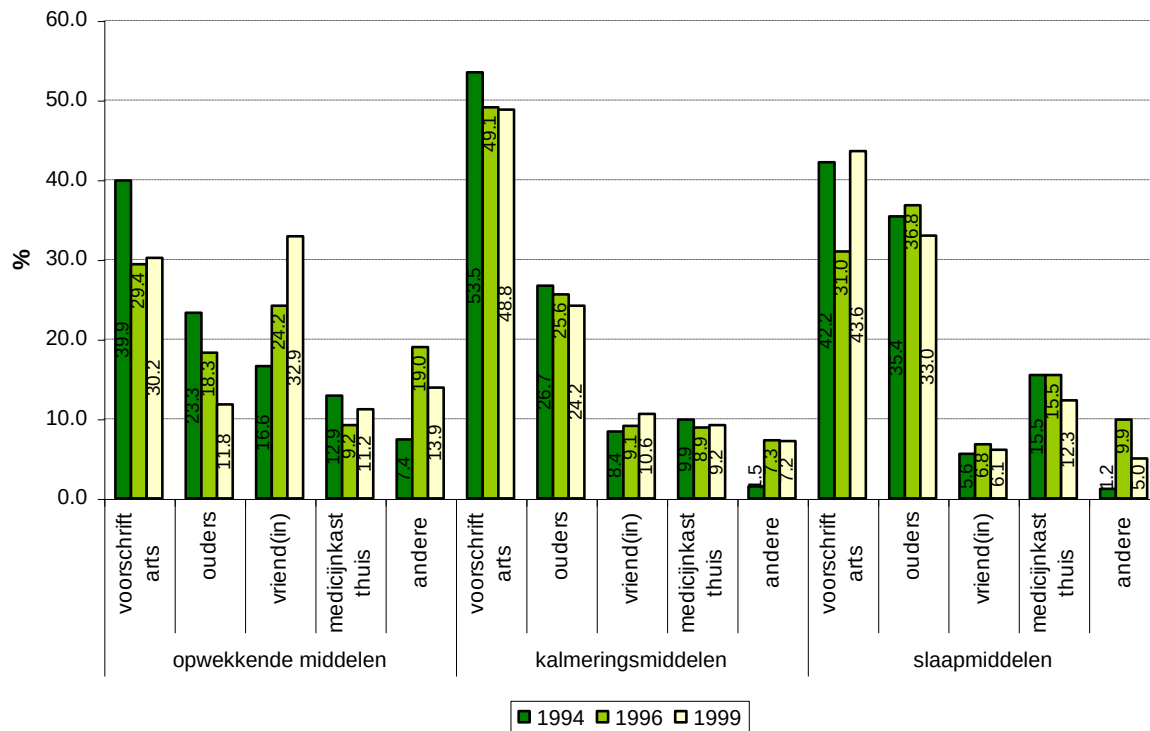
Frequentie van medicatiegebruik van de ooit-gebruikers van medicatie, 1999 (Lombaert & Raes, 2000)

	opwekkend middel	kalmeringsmiddel	slaapmiddel	verdovende pijnstiller	vermageringsmiddel
dagelijks of bijna dagelijks	34,7%	25,5%	22,2%	21,1%	62,8%
meerdere keren per week	19,6%	20,5%	15,7%	16,1%	14,6%
minimaal 1x/week	14,2%	17,1%	19,6%	16,9%	8,5%
minder dan 1x/week	14,5%	24,4%	25,7%	33,8%	7,5%
nooit tijdens de week	16,9%	12,5%	17,0%	12,1%	6,5%

Als we kijken naar de cijfers over hoe de jongeren aan medicatie komen, zien we dat artsen doorgaans de voornaamste verstrekkers zijn van opwekkende middelen en slaap- en kalmeringsmiddelen (grafiek 4.10). De ouders komen op de tweede plaats als verstrekkers van slaapmiddelen. Opwekkende middelen krijgen de jongeren ook en in steeds belangrijkere mate van vrienden (16,6% in 1994, 24,2% in 1996, 32,9% in 1999). Deze producten vinden de jongeren ook vaak in het medicijnkastje thuis of verkrijgen ze op een andere manier.

Grafiek 4.10

Manier waarop jongeren aan medicatie komen (Raes, 1996; Verhaegen & Raes, 1997; Lombaert & Raes, 2000)



In 1994 gebruikte 41,8% van de leerlingen die ooit medicatie gebruikten enkel medicatie tijdens de examens, maar voor 58,2% van de leerlingen is medicatiegebruik niet gebonden aan examenperiodes. Voornamelijk opwekkende middelen zijn gelinkt aan examenperiodes. Dit blijkt uit de enquête van 1996. In 1996 nam 35,7% van de leerlingen die ooit opwekkende middelen gebruikten, deze middelen uitsluitend tijdens de examenperiodes. Voor kalmerings- en slaapmiddelen ligt dit percentage met respectievelijk 12,8% en 8,6% behoorlijk lager. Ook de intensiteit van het gebruik tijdens de laatste examenperiode is hoger voor de opwekkende middelen. Van de jongeren die opwekkende middelen gebruikten tijdens de laatste examenperiode deed 36,7% in 1996 dat minstens vijf keer tijdens de laatste examens. Van zij die kalmeringsmiddelen gebruikten tijdens de laatste examenperiode nam 27,5% minstens vijf keer kalmeringsmiddelen tijdens die periode. Voor slaapmiddelen geldt dat voor 25% in 1996. Tijdens de examens wordt er meer medicatie gebruikt dan doorgaans het geval is.

In 1999 wordt aan de jongeren die ooit geneesmiddelen gebruikten, gevraagd of ze dat ook tijdens de laatste examens deden. Bij 45,4% van de jongeren die ooit opwekkende middelen gebruikten is dat inderdaad het geval. 31,3% gebruikte tijdens de laatste examenperiode een kalmeringsmiddel en 20,6% een slaapmiddel.

Uit het onderzoek van 1994 blijkt dat de meeste jongeren die ooit medicatie gebruikten voor het eerst medicatie namen wanneer ze tussen 15 en 18 jaar oud waren. Dit is voor de drie soorten medicatie het geval (opwekkende middelen: 89,6%, kalmeringsmiddelen: 72,4% en slaapmiddelen: 75,9%). Medicatiegebruik neemt ook toe als jongeren ouder worden: 21,2% van de 19-jarigen gebruikte ooit medicatie tegenover 10,5% van de 16-jarigen.

Uit de gegevens van 1996 blijkt meer specifiek dat het grootste deel van de jongeren met het gebruik van opwekkende medicatie is begonnen op de leeftijd van 16 jaar (30,6%). In 1994 startte het gebruik van opwekkende middelen bij 9,6% van de ooit-gebruikers ten laatste op 14 jaar, terwijl dit in 1996 gestegen was tot 19,6%. In 1999 merken we dat jongeren die ooit een verdovende pijnstiller namen gemiddeld op 13 jaar hun eerste verdovende pijnstiller nemen. De andere geneesmiddelen nemen ze gemiddeld een jaar later voor het eerst.

In 1994 en 1999 werd een sterk verband gevonden tussen het medicatiegebruik van de ouders en dat van de jongere: als de ouders medicatie gebruiken is er meer kans dat ook de jongere dat zal doen.

Samengevat

De tendens van stijgend medicatiegebruik zien we ook bij de jongeren. In deze leeftijdsfase is het al duidelijk dat meisjes meer dan jongens medicatie nemen. Als jongeren medicatie nemen gaat het vooral om pijnstillers, het gebruik van andere psychoactieve medicatie komt in veel mindere mate voor.

Jongeren uit het BSO geven vaker aan dat ze medicatie gebruiken dan jongeren uit het ASO of het TSO. Uit een nodenbevraging in de bijzondere jeugdzorg blijkt dat ook voorzieningen voor bijzondere jeugdzorg geconfronteerd worden met jongeren die problemen hebben met medicatiegebruik (Baeten & Rosiers, 2002). 39,2% meldt dat deze problemen soms voorvallen, 10% zegt dat dit vaak tot (bijna) altijd voorvalt. 37% schat de problemen die de jongeren hebben met medicatiegebruik (eerder) ernstig in.

Uit het jongerenonderzoek in Brussel blijkt dat jongeren pijnstillers vooral via hun ouders krijgen. Bovendien is er een verband tussen het medicatiegebruik van de ouders en dat van de jongere. Baeten en Rosiers (2002) vonden dat verband ook terug in de bijzondere jeugdzorg. 12% van de begeleiders in de bijzondere jeugdzorg ziet een verband tussen problematisch medicatiegebruik van de jongeren en problematisch medicatiegebruik van de ouders.

Voor de andere psychoactieve medicijnen is de arts als voorschrijver toch belangrijk.

In het leven van jongeren zijn examenperiodes specifieke risicoperiodes voor medicatiegebruik. Als jongeren tijdens de examens medicatie nemen gaat het vooral om opwekkende middelen. In Nederland ziet men eerder een gering extra gebruik van bètablokkers⁴⁵ tijdens de examenperiodes (SFK, 2003b).

⁴⁵ Bètablokkers onderdrukken de nervositeit, trillen en verhoogde hartslag.

4.3 Ouderen en gebruik van psychoactieve medicatie⁴⁶

Uit de gezondheidsenquête (zie hoofdstuk 4.1.1) bleek al dat het gebruik van psychotrope medicatie toeneemt met de leeftijd en dat 75-plussers het meest slaap- en kalmeringsmiddelen nemen. De iets jongere ouderen van 65 tot 75 jaar zijn dan weer de grootste gebruikers van antidepressiva. Ouderen gebruiken vooral voorgeschreven geneesmiddelen. Wellicht is dit te verklaren door het feit dat de geneesmiddelen die zij nodig hebben enkel op voorschrift te verkrijgen zijn (bv. cardiovasculaire medicatie). Bij vergelijking van de twee jaren van de gezondheidsenquête blijkt het gebruik van voorgeschreven slaapmiddelen en pijnstillers bij de ouderen nog te zijn toegenomen.

Het Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie (CBGS) analyseerde in 1965, 1975, 1985 en in 2001 de leefsituatie van Vlaamse ouderen aan de hand van een mondelinge enquête (Dooghe, 1967; Dooghe, 1968; Dooghe, 1969; Dooghe & Vanderleyden, 1976; Dooghe, Vanden Boer & Vanderleyden, 1988; Vanden Boer e.a., 2001; Jacobs, Vanderleyden & Vanden Boer, 2003). Daarin worden meerdere aspecten van het leven van ouderen onderzocht. In 1985 en in 2001 wordt ook het medicatiegebruik van ouderen bestudeerd. De informatie die in het laatste onderzoek over medicatiegebruik wordt verzameld is beknopt zodat we de gegevens van beide onderzoeksjaren moeilijk kunnen vergelijken. In 1985 bestaat de onderzoeksgroep uit 65-plussers terwijl in 2001 het onderzoek wordt uitgevoerd bij 55- tot 90-jarigen. Bovendien is de definiëring van frequentie van gebruik in beide onderzoeken anders.

Uit het onderzoek van 1985 blijkt dat ouderen het meest medicijnen nemen voor hoge bloeddruk (27,0%), slaapstoornissen (23,0%), hartklachten (21,0%), reuma (20,0%) en bloedsomloopstoornissen (15,0%) (Dooghe, Vanden Boer & Vanderleyden, 1988). Bij zenuwachtigheid/depressie neemt 14,0% van de bejaarden een geneesmiddel. Slaapstoornissen (34,0%) en zenuwachtigheid/depressie (33,0%) komen bij deze leeftijdsgroep tamelijk veel voor, maar er wordt lang niet altijd naar een geneesmiddel gegrepen. Vrouwen doen dat wel vaker dan mannen. Algemeen stelt men vast dat wanneer de klacht of ziekte tot beperkingen in de activiteit leidt, meer geneesmiddelen worden genomen.

De 1.478 bejaarden die in 1985 zijn bevraagd gebruikten in de week voorafgaand aan het onderzoek 3.430 verschillende geneesmiddelen. Dat betekent dat ze in deze periode gemiddeld 2,3 geneesmiddelen namen.

⁴⁶ In bijlage 2 wordt de methodologie van de gebruikte bronnen omschreven.

De geneesmiddelen die door de meeste bejaarden worden gebruikt zijn cardiovasculaire geneesmiddelen (53,0%). Op de tweede plaats komen de geneesmiddelen in verband met het zenuwstelsel (27,0%) en 16,0% gebruikt analgetica.

Bekijken we de psychoactieve geneesmiddelen verder in detail, dan zijn de meest gebruikte geneesmiddelengroepen bij ouderen hypnotica, sedativa en anxiolytica: 23,0% van de ouderen neemt deze producten. Het gaat hoofdzakelijk om producten die enkel op doktersvoorschrift te krijgen zijn. Als ouderen een slaap- of kalmeringsmiddel of een angstremmer nemen is dat in een derde van de gevallen Temesta® (tabel 4.6). Daarna volgen Seresta®, Lexotan®, Mogadon®, Rohyphnol® en Valium®. Van de analgetica worden hoofdzakelijk niet-narcotische analgetica gebruikt.

Tabel 4.6

Meest gebruikte producten in de categorie hypnotica, sedativa en anxiolytica, 1985 (Dooghe e.a., 1988)

merknaam	% van aantal gebruikers van deze geneesmiddelen (n=333)	% van totale populatie (n=1.478)
Temesta®	33,0	7,4
Seresta®	14,4	3,2
Lexotan®	13,2	3,0
Mogadon®	11,7	2,6
Rohyphnol®	11,7	2,6
Valium®	6,0	1,4

41,0% van de bejaarden die geneesmiddelen gebruiken, beperken zich tot één groep geneesmiddelen. 31,0% neemt producten uit twee groepen, 18,0% uit drie hoofdgroepen en één op tien slikt geneesmiddelen die tot minstens vier geneesmiddelengroepen behoren. 31,0% van de gebruikers van geneesmiddelen neemt geneesmiddelen in verband met het zenuwstelsel in combinatie met andere producten. De meest voorkomende combinaties zijn trouwens cardiovasculaire geneesmiddelen met geneesmiddelen in verband met het zenuwstelsel (8,0%) of cardiovasculaire geneesmiddelen met analgetica (5,0%).

De laatste week voor het interview gebruikten meer vrouwen dan mannen medicatie. Er zijn meer vrouwen dan mannen die medicatie nemen die inwerkt op het zenuwstelsel (tabel 4.7). Drie op tien vrouwen nemen twee medicijnen uit deze groep terwijl dit bij de mannen om twee op tien gaat. Het gebruik van analgetica is bij mannen en vrouwen niet echt verschillend.

Tabel 4.7

Gebruik van analgetica en hypnotica, sedativa en anxiolytica de afgelopen week naar leeftijdsgroep, 1985 (Dooghe e.a., 1988)

	mannen			vrouwen		
	- 75 jaar	+ 75 jaar	totaal	- 75 jaar	+ 75 jaar	totaal
analgetica	14,0%	13,0%	14,0%	17,0%	17,0%	17,0%
hypnotica, sedativa, anxiolytica	15,0%	19,0%	17,0%	28,0%	26,0%	27,0%

Voor de vrouwen wordt er een significant verband gevonden tussen onderwijsniveau en medicatiegebruik, in die zin dat lager geschoolde vrouwen meer medicijnen nemen. Het vroeger uitgeoefende beroep of het inkomen hebben geen invloed op het gebruik van medicatie. Het medicatiegebruik wordt wel in sterke mate bepaald door de gezondheidstoestand. 96,0% van de bejaarden die zich niet goed voelen, gebruikten de laatste week medicijnen. Van degenen die hun gezondheid positief inschatten zijn er toch nog altijd 43,0% die medicatie nemen. Meer vrouwen dan mannen die zich gezond voelen nemen toch medicatie. Overduidelijk is wel dat hoe hoger de ziektefrequentie is, hoe hoger ook het geneesmiddelenverbruik. 86,0% van de ouderen die geen ziekte vermelden, nemen ook geen medicatie. Er zijn ook hier weer meer vrouwen dan mannen die in dit geval toch medicatie nemen. Als men één aandoening noemt, daalt het aantal niet-gebruikers van geneesmiddelen al naar 39,0% en bij 3 à 4 aandoeningen naar 10,0%. Bijkomend wordt nog vastgesteld dat naarmate een ziekte of aandoening de bejaarde in zijn activiteiten beperkt, er frequenter naar geneesmiddelen wordt gegrepen. Voor zenuwachtigheid/depressie bijvoorbeeld neemt 25,0% van de bejaarden die door deze aandoening geen beperking in hun activiteiten ervaart toch medicatie; van degenen die wel heel wat hinder ondervinden bij hun dagelijkse doen en laten neemt 69,0% medicatie. Medicatiegebruik hangt eveneens samen met de validiteit: invaliden nemen meer medicatie dan valide personen. Ook als bejaarden zich psychisch minder goed voelen, zullen zij meer geneesmiddelen en in het bijzonder hypnotica, sedativa en anxiolytica gebruiken (tabel 4.8).

Tabel 4.8

Gebruik van hypnotica, sedativa en anxiolytica de afgelopen week naar sekse en psychische gezondheidstoestand, 1985 (Dooghe e.a., 1988)

psychische gezondheidstoestand	mannen		vrouwen		totaal	
	N	% gebruikers	N	% gebruikers	N	% gebruikers
affectief welbevinden						
slecht	95	31,0%	159	42,0%	254	37,0%
matig	222	15,0%	265	29,0%	487	23,0%
goed	248	12,0%	297	17,0%	545	15,0%
levenssatisfactie						
niet zo tevreden	65	35,0%	82	50,0%	147	44,0%
tevreden	375	17,0%	531	27,0%	906	23,0%
zeer tevreden	192	10,0%	207	17,0%	399	14,0%
eenzaam						
vaak	39	38,0%	119	43,0%	158	42,0%
soms	117	27,0%	230	33,0%	347	31,0%
nooit	479	13,0%	476	20,0%	955	16,0%

Het gebruik van geneesmiddelen hangt ten slotte nog samen met doktersbezoek. Er is een hoger percentage medicatiegebruikers bij de bejaarden die de laatste week een dokter bezochten (92,0%) dan bij deze waarbij het laatste doktersbezoek van een jaar geleden dateert (19,0%).

In 2001 peilt het LeefsituatieOnderzoek Vlaamse Ouderen (LOVO) naar de frequentie van het gebruik van pijnstillers, kalmeringsmiddelen/antidepressiva en slaapmiddelen (Vanden Boer & Pauwels, 2003). De frequentie van gebruik is anders gedefinieerd dan in 1985 waardoor deze gegevens niet onderling vergelijkbaar zijn.

Kalmeringsmiddelen/antidepressiva worden het minst en pijnstillers het vaakst gebruikt in deze bevolkingsgroep. Als men ouder wordt neemt men frequenter slaapmiddelen: 23,5% van de 75-plussers neemt regelmatig slaapmiddelen tegenover 14,8% van de 65-74-jarigen en 7,7% van de 55-64-jarigen (tabel 4.9).

Tabel 4.9

Geneesmiddelengebruik van Vlaamse ouderen naar leeftijd, 2001 (Vanden Boer & Pauwels, 2003)

	55-64 jaar			65-74 jaar			75-90 jaar			totaal		
	regelmatig	af en toe	nooit	regelmatig	af en toe	nooit	regelmatig	af en toe	nooit	regelmatig	af en toe	nooit
pijnstillers	12,0	24,8	63,2	12,4	25,1	62,6	18,7	20,1	61,1	13,7	23,8	62,5
kalmerings/antidepressiva	9,0	6,9	84,1	9,7	7,0	83,3	13,1	10,1	76,8	10,2	7,7	82,1
slaapmiddelen	7,7	8,6	83,7	14,8	10,6	74,6	23,5	11,6	64,9	13,9	10,0	76,0
totaal (N)	989			898			565			2.452		

Als men ernstige gezondheidsbelemmeringen ervaart worden deze percentages hoger: 37,5% van de 75-plussers, 33,1% van de 65-74-jarigen en 17,1% van de 55-64-jarigen nemen dan regelmatig slaapmiddelen. Voor alle leeftijden en voor de drie geneesmiddelengroepen is er een verband tussen het gebruik van medicijnen en de gezondheidstoestand. Ouderen nemen meer medicijnen als ze meer last hebben van lichamelijk ongemak, ziekte of een handicap.

Ook in dit onderzoek valt op dat meer vrouwen dan mannen geneesmiddelen gebruiken (tabel 4.10). Dat is zowel het geval voor pijnstillers, kalmeringsmiddelen/antidepressiva en slaapmiddelen.

Tabel 4.10

Geneesmiddelengebruik van Vlaamse ouderen naar sekse (Vanden Boer & Pauwels, 2003)

	mannen			vrouwen		
	regelmatig	af en toe	nooit	regelmatig	af en toe	nooit
pijnstillers	10,4%	18,7%	70,9%	16,5%	28,1%	55,4%
kalmerings/antidepressiva	6,5%	6,7%	86,8%	13,4%	8,5%	78,2%
slaapmiddelen	8,8%	9,0%	82,3%	18,4%	10,9%	70,7%

4,2% van de 75-plussers en 2,0% in de overige leeftijdscategorieën neemt regelmatig pijnstillers, slaapmiddelen en kalmeringsmiddelen/antidepressiva. Meer vrouwen dan mannen nemen regelmatig deze drie soorten geneesmiddelen (3,1% van de vrouwen en 1,7% van de mannen).

De meeste personen nemen echter geen van deze medicijnen regelmatig: 61,5% van de 75-plussers, 73,4% van de 65-74-jarigen en 79,8% van de 55-64-jarigen.

Samengevat

Omdat ze vaker ziek zijn of meer gezondheidsklachten hebben, gebruiken ouderen ook meer medicatie (Dooghe e.a., 1988; Wolffers, 1997; Laekeman, 2002). Bij ouderen stellen zich bovendien een aantal specifieke problemen. Fysiologische veranderingen zorgen ervoor dat de eliminatie van geneesmiddelen trager verloopt waardoor er meer kans is op ongewenste effecten. Een belangrijk ongewenst effect bij het gebruik van psychoactieve medicatie is het risico van vallen en ongevallen. Het risico voor interacties is bij ouderen ook groter omdat ze vaker verschillende geneesmiddelen moeten innemen. Na cardiovasculaire geneesmiddelen zijn geneesmiddelen in verband met het zenuwstelsel de tweede meest gebruikte groep medicatie door ouderen. Zowel de prevalentie als de frequentie van medicatiegebruik is het grootst bij de 75-plussers.

Ook bij de ouderen is medicatiegebruik eerder een vrouwen- dan een mannenzaak. Vrouwen gebruiken ook meer psychoactieve medicatie. Meer vrouwen dan mannen nemen toch medicatie als ze hun gezondheidstoestand positief beoordelen. Er is een duidelijk verband tussen medicijnen nemen en de gezondheidstoestand: ouderen die zich niet goed voelen, die een ziekte hebben, die een handicap hebben of die door een aandoening in hun dagelijkse bezigheden gehinderd worden, zullen eerder medicijnen nemen. Ook artsbezoek beïnvloedt het geneesmiddelengebruik. Wanneer nog niet zo lang geleden een dokter werd bezocht is de kans ook groter dat er (meer) geneesmiddelen worden genomen.

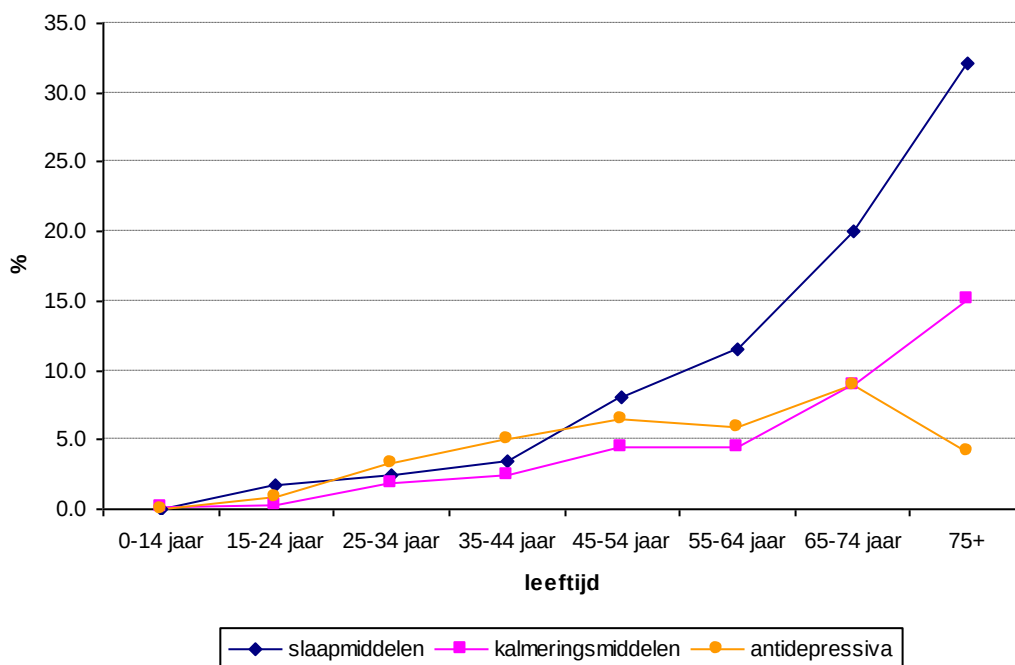
4.4 Vrouwen en gebruik van psychoactieve medicatie⁴⁷

In tegenstelling tot het gebruik van alcohol en illegale drugs komt het gebruik van medicatie meer voor bij vrouwen.

Uit de gezondheidsenquête bleek al dat vrouwen (14,8%) meer dan mannen (8,3%) psychotrope medicatie gebruiken (zie hoofdstuk 4.1.1). Het gebruik stijgt met de leeftijd (grafiek 4.11). Vooral de exponentiële stijging van het gebruik van slaapmiddelen bij het ouder worden is opvallend.

Grafiek 4.11

Gebruik door vrouwen van psychotrope medicatie de afgelopen twee weken naar leeftijd, Vlaams Gewest (Buziarsist e.a., 2002)



Vlaamse vrouwen rapporteren meer psychologische problemen dan Vlaamse mannen (26,0% tegenover 18,4%). Vrouwen rapporteren zowel meer somatische klachten (8,7% vrouwen tegenover 5,1% mannen) als depressieve klachten (9,3% vrouwen tegenover 6,3% mannen) maar ook angstklachten (6,3% vrouwen tegenover 4,1% mannen) en slaapproblemen (22,5% vrouwen tegenover 16,3% mannen).

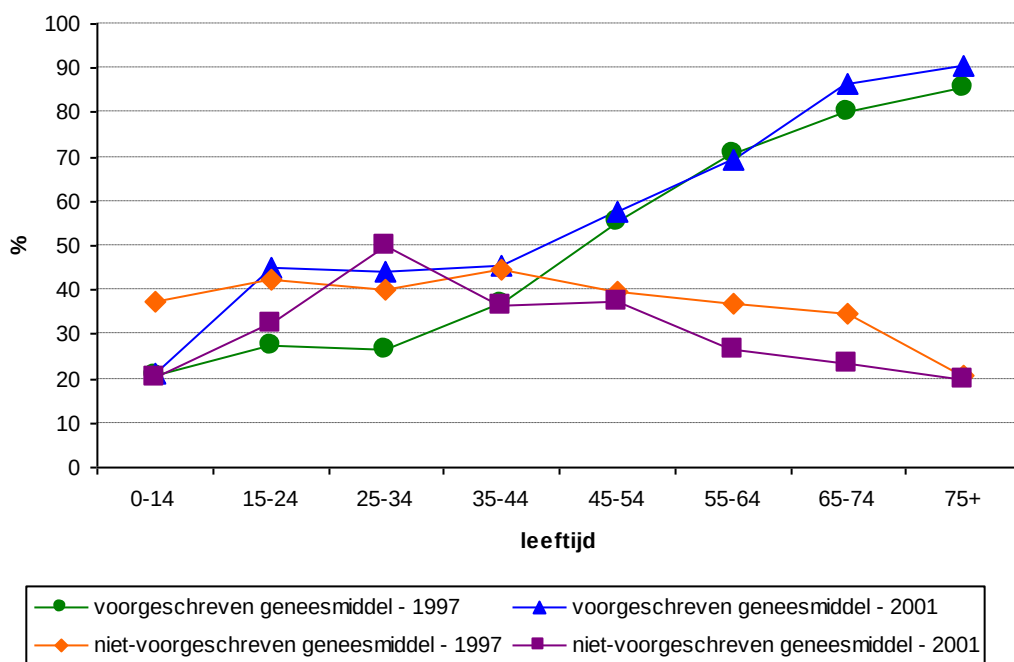
Eveneens in de gezondheidsenquête zien we dat bij de vrouwen tussen 15 en 44 jaar het gebruik van voorgeschreven geneesmiddelen in 2001 toegenomen is in vergelijking met

⁴⁷ In bijlage 2 wordt de methodologie van de gebruikte bronnen omschreven.

1997 (grafiek 4.12). De grootste toename zien we bij de vrouwen in de jongere leeftijdsgroepen (15-34 jaar). Het gebruik van niet-voorgeschreven geneesmiddelen is over het algemeen gedaald, behalve voor de leeftijdsgroep tussen 25 en 34 jaar. In 2001 gebruiken vrouwen in alle leeftijdsgroepen meer voorgeschreven medicatie dan niet-voorgeschreven producten, enkel de 25-34-jarigen vormen daarop een uitzondering. Zowel in 1997 als in 2001 is het opvallend dat vrouwen vanaf 45 jaar overduidelijk meer voorgeschreven medicatie nemen. In tegenstelling tot oudere vrouwen gebruiken de jongere vrouwen meer niet-voorgeschreven medicatie.

Grafiek 4.12

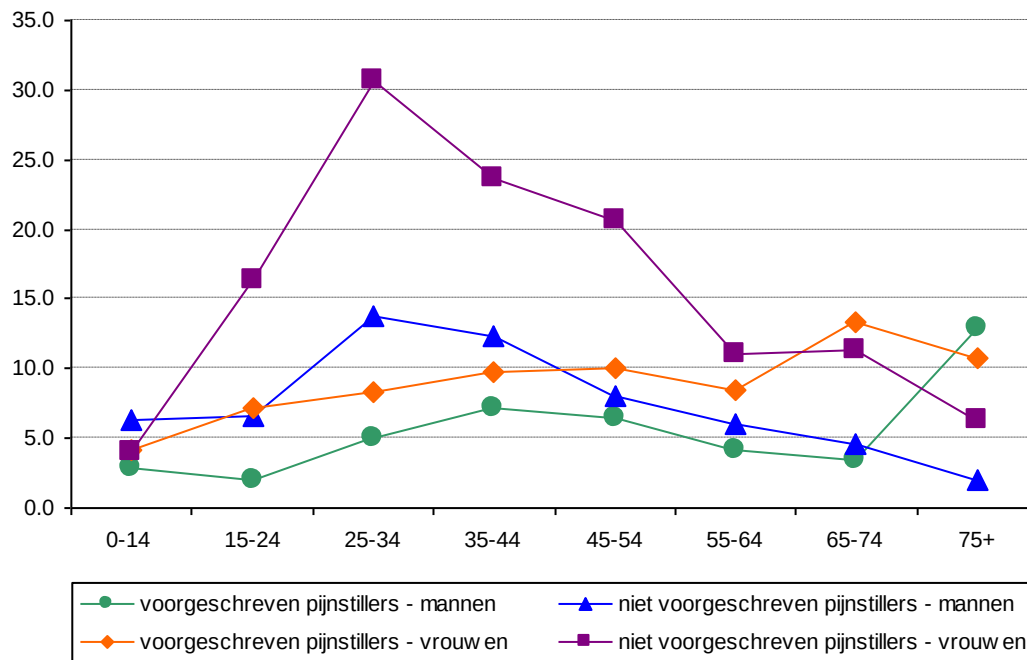
Gebruik van voorgeschreven en niet-voorgeschreven geneesmiddelen naar leeftijd, vrouwen, Vlaams Gewest (Buziarsist e.a., 2002)



Meer vrouwen dan mannen gebruiken pijnstillers. Dat is zowel voor voorgeschreven als voor niet-voorgeschreven pijnstillers het geval maar het sekseverschil is het duidelijkst bij de niet-voorgeschreven pijnstillers (grafiek 4.13). Vrouwen tussen 25 en 34 jaar zijn de koplopers wat betreft het gebruik van niet-voorgeschreven pijnstillers.

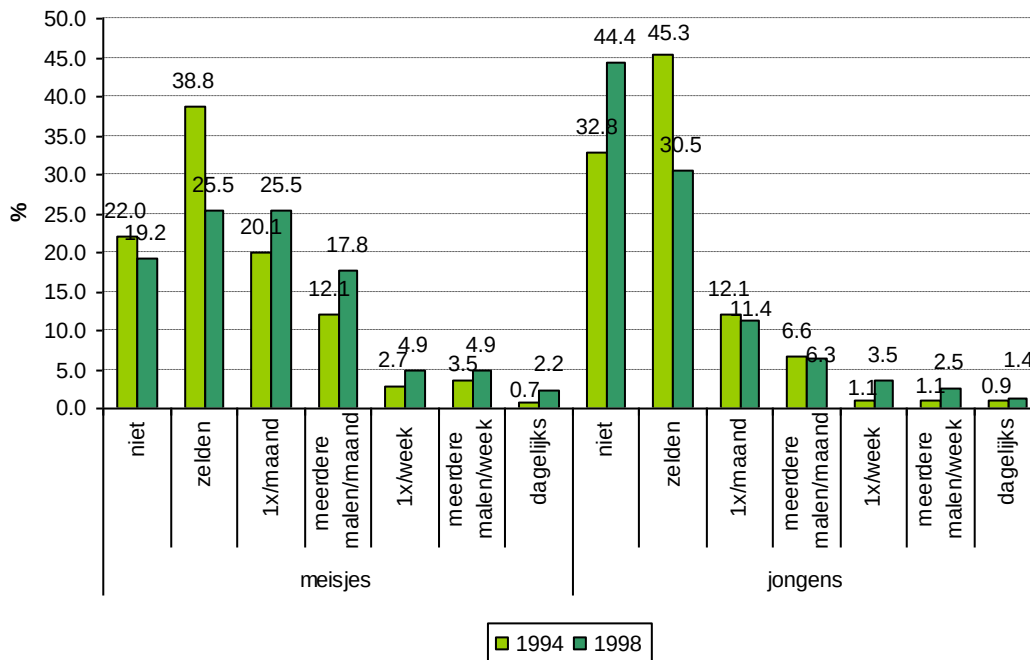
Grafiek 4.13

Gebruik van voorgeschreven en niet-voorgeschreven pijnstillers naar sekse en leeftijd, 2001, Vlaams Gewest (Buziarsist e.a., 2002)



Het hogere geneesmiddelengebruik van meisjes valt al op in de secundaire school. In 1994 gebruikt driekwart van de vrouwelijke jongeren geneesmiddelen tegenover ongeveer twee derde van de mannen (Lambrecht e.a., 2002). In 1998 is het verschil tussen mannelijke (59,7%) en vrouwelijke gebruikers (82,7%) nog scherper.

Er zijn niet alleen meer meisjes dan jongens die medicatie nemen, meisjes nemen ook frequenter geneesmiddelen (grafiek 4.14). In 1994 zijn er bijna drie keer zoveel vrouwen (6,2%) als mannen (2,2%) die regelmatig medicatie nemen. Het verschil blijft maar is minder opvallend in 1998 (9,8% vrouwen tegenover 6,0% mannen).

Grafiek 4.14**Frequentie van medicatiegebruik volgens sekse** (Lambrecht e.a., 1996; Lambrecht e.a., 2002)

Ook in Nederland valt op dat vrouwen meer dan mannen geneesmiddelen gebruiken die inwerken op het centraal zenuwstelsel (SFK, 2002b). Nederlandse vrouwen gebruiken dubbel zoveel slaapmiddelen, antidepressiva en kalmeringsmiddelen dan Nederlandse mannen. Het gebruik van antimigrainemiddelen ligt er bij vrouwen vier keer hoger dan bij mannen. Mannen scoren dan weer hoger wat betreft het gebruik van medicatie voor de behandeling van ADHD.

In Nederland is tweederde van de voorgeschreven antidepressiva bestemd voor vrouwen (SFK, 2002c). In de oudere leeftijdsgroepen is het verschil met mannen nog groter. Bij 65-plussers is drievierde tot 80% van de voorschriften voor antidepressiva bestemd voor vrouwen.

Samengevat

Waarom vrouwen meer dan mannen naar psychoactieve medicatie grijpen is een vraag die intrigeert maar bitter weinig werd onderzocht, zeker in België.

Haafkens (1997) onderzocht bij Nederlandse vrouwen waarom ze benzodiazepines nemen. Het onderzoek gebeurde op basis van 50 levensverhalen van vrouwen die gemiddeld 12 jaar

benzodiazepines namen op doktersvoorschrift. Al deze vrouwen namen minstens één jaar dagelijks benzodiazepines. 14 vrouwen waren ex-gebruikers, de overige gebruikten nog steeds. Uit dit onderzoek komt naar voor dat vooraleer vrouwen naar een arts stappen ze vaak al in hun hoofd hebben dat ze slaap- of kalmeringsmiddelen nodig hebben op basis van informatie uit hun omgeving of de media. Tweederde van de vrouwen begon benzodiazepines te nemen op suggestie van de arts. De meeste vrouwen werden door hun arts echter enkel geïnformeerd over de dosis en niet over lange-termijneffecten van benzodiazepines. Een andere opvallende bevinding was dat vrouwen hun benzodiazepinegebruik en eventuele problemen ermee verzwegen. Ook de personen in de sociale omgeving van de vrouwen zwegen erover. Daardoor hadden de vrouwen in feite de sociale steun die ze nodig hadden om hun gebruik verder te zetten. Uit de interviews met de stoppers blijkt dat stoppen met het gebruik van benzodiazepines een hard en lang proces is, dat gemiddeld 3,6 jaar duurt vanaf het moment dat men beslist te stoppen en het moment dat men effectief is gestopt. Vrouwen die stopten met benzodiazepinegebruik werden doorgaans geholpen door iemand die recentelijk van het gebruik op de hoogte was (bv. een nieuwe arts, een nieuwe partner,...).

Los van medicatiegebruik bezoeken vrouwen meer een arts, worden ze vaker opgenomen in het ziekenhuis en maken ze meer gebruik van ambulante geestelijke gezondheidszorg (De Winter, 1996; De Gijssel, 1995). Meer contacten met de gezondheidszorg betekent dat er ook meer kans is dat de arts hen medicatie voorschrijft. Een verklaring waarom meer vrouwen dan mannen psychoactieve medicatie nemen zou ook kunnen liggen in het feit dat vrouwen langer leven. Vermits het gebruik van psychoactieve medicatie ook toeneemt met de leeftijd kan men verwachten dat het gebruik bij vrouwen hoger is. Daarnaast wordt ook aangehaald dat vrouwen geestelijk ongezonder zijn, dat hun leven meer gemedicaliseerd wordt, dat vrouwen grotere klagers zijn, dat artsen anders reageren op vrouwen, dat vrouwen het economisch slechter hebben, dat vrouwen meer beïnvloed worden door farmaceutische reclame, dat vrouwen geneesmiddelen gebruiken als copingmechanisme. Vrouwen lijden meer aan affectieve stoornissen, neurosen en slaapproblemen. Globaal gezien is de psychiatrische pathologie echter even groot bij vrouwen als mannen. Wel blijkt dat aan vrouwen gemakkelijker benzodiazepines worden voorgeschreven ook bij klachten waarvoor er geen indicatie is voor benzodiazepinegebruik (bv. hoofdpijn, vermoeidheid) (van der Waals e.a., 1993). Omwille van zwangerschap, menstruatie, menopauze enzovoort consulteren vrouwen de gezondheidszorg veel meer dan mannen (De Winter, 1996; De Gijssel, 1995). Vrouwen krijgen ook omwille van klachten die hiermee in verband staan, psychofarmaca voorgeschreven. Als vrouwen met lichamelijke klachten naar een arts gaan

zullen zij dit ook vaker in een psychosociale context plaatsen, waardoor zij ook vaker psychoactieve medicatie krijgen voorgeschreven. Uit onderzoek blijkt ook dat artsen meer psychoactieve medicatie aan vrouwen geven en dat vrouwelijke artsen meer psychoactieve medicatie voorschrijven. Een betaalde, zinvolle job hebben heeft dan weer een beschermend effect op de psychische gezondheid. Ten slotte wordt het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen meer als een vrouwelijk copingmechanisme gezien terwijl alcoholgebruik bijvoorbeeld beter past bij het mannelijk imago.

Uit statistische analyses blijkt alvast dat sekse geen significante predictor voor chronisch gebruik van benzodiazepines is wanneer ook andere socio-demografische variabelen in rekening worden gebracht (Habraken e.a., 1995). Chronisch continu gebruik van benzodiazepines wordt wel bepaald door hogere leeftijd, werkloosheid, meer lichamelijk en psychologisch onwelbevinden en de inname van andere geneesmiddelen. Dat vrouwen meer dan mannen chronisch benzodiazepines gebruiken, heeft dus te maken met een verband tussen sekse en specifieke levensstijl en gezondheidskenmerken.

5. Problematisch gebruik

Met het gebruik van medicijnen is niks verkeerd, tenminste als ze op de juiste manier gebruikt worden (Dom, 2000). Op de absenteïsmegraad op de werkplaats heeft het gebruik van medicatie alvast een positieve invloed (AVGI, 2003). Als het arbeidsverzuim vermindert en de productiviteit verbetert heeft dit een kostenbesparend effect. Toch moet er ook mee rekening gehouden worden dat het gebruik van medicatie de veiligheid op het werk in het gedrang kan brengen (zie hoofdstuk 6).

Doordat we geneesmiddelen consumeren, besparen we ook op andere aspecten van de gezondheidszorg: het aantal ziekenhuisopnames vermindert, de duur van ziekenhuisopnames verkort, het aantal chirurgische ingrepen daalt, achteruitgang van de gezondheidstoestand van chronische patiënten wordt vermeden en bepaalde ziekten kunnen preventief aangepakt worden (AVGI, 2003).

Als geneesmiddelen worden gebruikt zonder een medische aanleiding is er echter sprake van misbruik (Van Hagen & Elling, 1997). Onjuist gebruik van psychoactieve medicatie kan tot afhankelijkheidsproblemen leiden (Dom, 2000). Men kan geestelijk afhankelijk worden waardoor men steeds sterker naar het geneesmiddel gaat verlangen en het steeds op zak moet hebben. Daarnaast went het lichaam aan het middel en is een steeds grotere dosis nodig om het gewenste effect te verkrijgen. Dit verschijnsel is de lichamelijke afhankelijkheid. Afbouwen of stoppen met het gebruik van de medicatie is niet zo eenvoudig aangezien dan ontwenningssverschijnselen optreden (Dom, 2000; BCFI, 2002b). Vaak voorkomende ontwenningssverschijnselen zijn hoofdpijn, zweten, beven, misselijkheid, duizeligheid, benauwdheid, overgevoeligheid voor prikkels, angst, onzekerheid. In een enkel geval komt een epileptische toeval of een delirium voor. De klachten die zich dan voordoen lijken erg op de oorspronkelijke klachten waarvoor het geneesmiddel wordt genomen. Daardoor is het verleidelijk om de medicatie terug te nemen. Afbouwen van gebruik van psychoactieve medicatie moet dan ook zeer geleidelijk en onder toezicht van een arts gebeuren.

Typerend aan het problematisch gebruik van medicatie is dat het een 'stille verslaving' is (Dom, 2000). Men kan problematisch gebruik van medicatie lang verborgen houden. Bij alcohol of illegale drugs is dat veel moeilijker.

Combinatiegebruik van alcohol met bijvoorbeeld slaap- en kalmeringsmiddelen is in het bijzonder problematisch omdat ze elkaars werking versterken en het effect niet kan voorspeld worden (Dom, 2000).

5.1 Speciale groepen

Sommige personen zijn gevoeliger voor de ongewenste effecten van geneesmiddelen (Laekeman, 2002). Het gaat om zuigelingen, kinderen, zwangere vrouwen, zogende vrouwen en ouderen. Daarnaast zijn er ook aanwijzingen dat het geneesmiddelengebruik opmerkelijk hoger ligt bij allochtonen.

Zwangere vrouwen

Over de schadelijke effecten van het gebruik van geneesmiddelen tijdens de zwangerschap op de ongeboren vrucht is lang niet alles geweten (Laekeman, 2002). Wel is duidelijk dat wanneer de moeder tijdens de zwangerschap slaap- of kalmeringsmiddelen gebruikt het ongeboren kind ze meegebruikt (Dom, 2000). Dit kan leiden tot aangeboren afwijkingen, ademhalingsproblemen, slappe spieren of voedingsproblemen. Gebruikt de moeder deze middelen regelmatig tijdens de zwangerschap, dan kan het kind afhankelijk worden van de geneesmiddelen. Na de geboorte kan het dan last hebben van ontwenningssverschijnselen. Ook met borstvoeding worden slaap- of kalmeringsmiddelen aan het kind doorgegeven.

Bij pijn en koorts wordt alvast aangeraden om tijdens de zwangerschap enkel producten met paracetamol te gebruiken (Laekeman, 2002). Toch dient dit ook met de nodige voorzichtigheid te gebeuren en uitsluitend op advies van de arts (Pharma Publishers B.V., 2003).

Kinderen

Bij zuigelingen en kinderen kunnen geneesmiddelen gemakkelijker van het bloed naar het hersenweefsel overgaan omdat de filter tussen bloed en hersenweefsel nog niet volledig is ontwikkeld (Laekeman, 2002). Daarnaast hebben kinderen nog een lager lichaamsgewicht wat een aangepaste dosis geneesmiddelen vereist. Ten slotte werkt bij kinderen de lever nog niet zoals bij volwassenen en verloopt het afbraakproces bijgevolg trager.

Ouderen

Ook bij ouderen wordt de situatie complexer: de kans neemt toe dat men een bepaalde aandoening heeft, het aantal verschillende geneesmiddelen dat men moet innemen is vaak groter, men heeft een groter risico op vallen, de nieren en de lever werken minder goed waardoor de eliminatie trager verloopt en ten slotte houdt het lichaam minder vocht vast waardoor medicijnen in hogere concentratie in het bloed terechtkomen (Wolffers, 1997; Laekeman, 2002). Door de fysiologische veranderingen als gevolg van het ouder worden en doordat vaak verschillende geneesmiddelen voor verschillende problemen gebruikt worden,

hebben ouderen meer kans op ongewenste effecten (Dooghe e.a., 1988). Ouderen zijn ook gevoeliger aan geneesmiddelen die inwerken op het centrale zenuwstelsel (bv. benzodiazepines). Toch zijn het net vooral ouderen die benzodiazepines krijgen voorgeschreven (zie hoofdstuk 3). Wanneer ze verschillende van deze medicijnen nemen die bovendien elkaars werking versterken kan dat gevolgen hebben op de motoriek en bijgevolg de dagelijkse bezigheden hinderen. Voor bejaarden is het ook moeilijk om geneesmiddelen regelmatig en in de juiste dosis in te nemen omdat ze bijvoorbeeld de bijsluiter niet meer goed kunnen lezen, vergeetachtig zijn, of omdat ze de instructies van de arts of apotheker onvoldoende begrijpen. Daardoor kunnen eveneens ongewenste effecten optreden.

Het gebruik van geneesmiddelen gaat bij bejaarden vaak gepaard met acute verwardheid. In het bijzonder geneesmiddelen met een anticholinerge⁴⁸ werking (bv. antidepressiva, neuroleptica) maar ook hypnotica, sedativa, narcotica kunnen acute verwardheid veroorzaken (BCFI, 2003a).

Benzodiazepines staan hoog op de lijst van meest gebruikte middelen door ouderen (Schuurmans, 2000). Ze worden veel als slaapmiddel aan deze groep voorgeschreven. Veel veranderingen in bijvoorbeeld het slaappatroon (korter slapen, een aantal keren 's nachts wakker worden), zijn nochtans normaal voor de leeftijd en worden ten onrechte als slaapstoornis behandeld.

Bij bejaarden is vallen een veel voorkomend en een belangrijk gezondheidsprobleem. Hypnotica, sedativa, anxiolytica en antidepressiva geven een verhoogd risico van vallen (Daal & van Lieshout, 2003; BCFI, 2003c). Zowel de werking van het geneesmiddel als de aandoening waarvoor het medicijn wordt voorgeschreven kan een risicofactor zijn voor vallen. Of het gebruik van geneesmiddelen bijdraagt tot ongevallen wordt mede bepaald door de omvang en de wijze van het gebruik, kenmerken, andere aandoeningen en de gezondheidstoestand van de persoon (Herings, 1994).

Het risico van vallen neemt toe met het aantal gebruikte geneesmiddelen en met recente veranderingen in de dosering (Daal & van Lieshout, 2003).

Op basis van een literatuurstudie concluderen Boudry e.a. (2001b; 2001c) dat gebruik van benzodiazepines en antidepressiva de kans op vallen en heupfracturen bij bejaarden verhoogt. Binnen de benzodiazepinegroep houden voornamelijk de kortwerkende benzodiazepines een verhoogd risico in. Bijkomende risicofactoren zijn nog andere psychoactieve middelen gebruiken, gebruik van antidiabetica, comorbiditeit, cognitieve achteruitgang, hogere leeftijd, vrouw zijn, gezichtsstoornissen, evenwichts- en gangstoornissen en verminderde spierkracht.

⁴⁸ Cholinerg = met betrekking tot een bepaalde prikkeloverdracht in het zenuwstelsel (Pharma solutions, 2003).

Allochtonen

Resultaten uit, in hoofdzaak Nederlands, onderzoek wijzen erop dat het geneesmiddelengebruik van allochtonen significant verschilt van dat van autochtone patiënten (Köseoğlu, 1998). Allochtonen kennen een hoger geneesmiddelengebruik dan autochtonen en ze gebruiken geneesmiddelen onjuist of onzorgvuldig. Dit laatste is te wijten aan hun gebrek aan kennis over de werking van een geneesmiddel, of hun verkeerde verwachtingen van het middel. Misverstanden en taalproblemen vormen een extra obstakel voor een juist en zorgvuldig gebruik van geneesmiddelen.

Allochtonen hebben doorgaans meer gezondheidsklachten en uiten die ook meer (Kooiker, 2002a). Ook voor alledaagse gezondheidsklachten gaan ze naar een arts. Zij willen een directe oplossing voor hun klacht en wachten niet tot de klacht bijvoorbeeld vanzelf overgaat. Zij verwachten van de arts ook meer medisch handelen (lichamelijk onderzoek en geneesmiddelen voorschrijven). In vergelijking met Nederlanders gebruiken Turken en Marokkanen in Nederland opvallend meer voorgeschreven pijnstillers en geneesmiddelen voor maag- en darmklachten. Autochtonen gebruiken meer cardiovasculaire middelen en slaap- en kalmeringsmiddelen.

5.2 Gebruik van psychoactieve medicatie in het verkeer

In het verkeer is het gebruik van psychoactieve medicatie om twee redenen af te raden (Brookhuis & Steyvers, 1998). Enerzijds is er een verband tussen psychoactieve stoffen en ongevallen, anderzijds hebben psychoactieve stoffen een invloed op de rijvaardigheid.

In tegenstelling tot illegale drugs, die vaak door 'gezonde' mensen worden gebruikt, worden geneesmiddelen voorgeschreven aan 'ongezonde' mensen (Steyvers & Brookhuis, 1997). Patiënten bevinden zich vaak in een toestand die zonder medicatie slechter is dan met medicatie. Vandaar dat het moeilijk is om uitspraken te doen over de gevolgen van medicatiegebruik in het verkeer. Sommige mensen rijden juist beter onder invloed van hun medicatie (bv. producten die de bloed-hersenbarrière niet passeren of middelen zoals insuline of anti-epileptica), anderen daarentegen juist niet.

Invloed op verkeersongevallen

Het gebruik van psychoactieve geneesmiddelen verhoogt het ongevalsrisico met twee tot vijf keer (Vermeeren e.a., 2000). In de Europese Unie schat men dat er 4.500 verkeersdoden en 135.000 gewonden per jaar te wijten zijn aan het gebruik van psychoactieve geneesmiddelen in het verkeer. Vooral geneesmiddelen die sedatie veroorzaken, verhogen de kans om bij een ongeval betrokken te raken. De resultaten van epidemiologisch onderzoek zijn als volgt te resumeren:

- gebruik van antidepressiva en benzodiazepines verhoogt de kans op een verkeersongeval
- hoe hoger de dosering, hoe groter de kans op een ongeval
- medicatie met een langere eliminatiehalfwaardetijd geeft een groter risico
- in de eerste twee weken van behandeling met benzodiazepines vervijfvoudigt het risico
- de risico's vergroten bij gebruik van verschillende sedatieve medicatie

Dat vooral benzodiazepines gevaarlijk zijn in het verkeer blijkt uit verschillende onderzoeken (Boudry e.a., 2001c). Vooral het gebruik van langwerkende benzodiazepines houdt een groter risico op verkeersongevallen in en dit zowel in de eerste weken van het gebruik als bij langdurig gebruik. Bij gelijktijdig gebruik van alcohol neemt het ongevalsrisico nog toe en dat is ook het geval wanneer men een tweewieler bestuurt.

In België werd tussen 1995 en 1996 een onderzoek uitgevoerd onder 2.053 bestuurders van een voertuig die na een ongeval in het ziekenhuis terechtkwamen (The Toxicological society of Belgium and Luxembourg, 1999). Uit de analyses van hun bloed- en urinemonsters bleek dat 19% illegale drugs of rijgevaarlijke geneesmiddelen had gebruikt. Het ging voornamelijk om benzodiazepines (8,5%), opiaten (7,5%) en cannabis (6%). De toestand van de bestuurder (bv. vermoeid), de leeftijd en gebrek aan ervaring kunnen extra bijdragen tot een verhoogd ongevalenrisico bij het nemen van geneesmiddelen.

Invloed op de rijvaardigheid

Na inname van psychoactieve medicatie gaat de prestatie op delen van de rijtaak achteruit: het slingergedrag verslecht, het handhaven van de juiste snelheid wordt moeilijker en het reactievermogen neemt af (Brookhuis & Steyvers, 1998).

Andere ongewenste effecten van geneesmiddelen op de rijvaardigheid zijn (The Toxicological Society of Belgium and Luxembourg, 1999):

- slaperigheid: heel wat geneesmiddelen lokken slaperigheid uit, vooral in het begin van de behandeling.
- gebrek aan psychomotorische coördinatie: stoffen zoals barbituraten, benzodiazepines en antidepressiva kunnen effect hebben op de waarneming en hierdoor de informatieverwerking en de coördinatie verstoren.
- oog- en gehoorstoornissen: bepaalde oogzalven of oogdruppels kunnen de oogaccomodatie gedurende enkele dagen verstoren.
- duizeligheid, evenwichtsverlies: de effecten van sommige psychotrope stoffen kunnen de fundamentele homeostatische processen beïnvloeden.
- gedragsstoornissen: wazig zicht, concentratiemoeilijkheden, het niet kunnen herinneren van het traject of moeilijkheden om binnen het rijvak te blijven zijn effecten die zowel door de inname van geneesmiddelen als door stress, vermoeidheid, ziekte, ..., uitgelokt kunnen worden.

Per medicijnengroep geven we een overzicht van de invloed op het gedrag:

- sedativa, anxiolytica en hypnotica:
Verkeersdeelname onder invloed van barbituraten wordt volstrekt ontraden. Zowel een lichte als een zware dosis verhinderen de informatieverwerking (Steyvers & Brookhuis, 1997). Ook bij gebruik van benzodiazepines wordt de verkeersdeelname zowel bij lage als bij hoge dosissen sterk afgeraden. Onderzoek wijst immers uit dat sturen onnauwkeuriger wordt en de reactietijd fors toeneemt. De risico's zijn groter in de eerste week van de behandeling, vooral bij langwerkende benzodiazepines (Maes e.a., 1999). Benzodiazepines in combinatie met alcohol zijn helemaal uit den boze. Het leidt tot een snelle zware dronkenschap (Steyvers & Brookhuis, 1997).
- antidepressiva:
Tijdens een beginnende behandeling met antidepressiva moet rijden vermeden worden. Als een antidepressivum goed werkt dan kan de situatie echter individueel verbeteren. De nieuwe middelen zoals fluoxetine (Prozac®) of paroxetine (Seroxat®) werken minder versuffend en leiden nauwelijks tot verslechtering van de rijpositie (Steyvers & Brookhuis, 1998; Maes e.a., 1999).
- anti-psychotica:
Deze middelen zijn redelijk sterk en zorgen voor een onvolmaakte informatie-verwerkingsprestatie en handelingsnauwkeurigheid (Steyvers & Brookhuis, 1997). Verkeersdeelname is niet aan te raden.
- pijnstillers:
Pijnstillers bestaan in twee soorten, de perifeer en de centraal werkenden. De perifeer werkenden, voor lichte pijnen, zijn relatief veilig in het verkeer. De centraal

werkenden, met als belangrijkste voorbeeld morfine, hebben een versuffende werking, geven gewenning, afhankelijkheid en onthoudingsverschijnselen (Steyvers & Brookhuis, 1997; Maes e.a., 1999).

- antimigrainemiddelen:

Antimigrainemiddelen hebben doorgaans een versuffende werking en leiden soms tot bewegingsstoornissen waardoor deelname aan het verkeer moet afgeraden worden.

Ook anti-epileptica en anticonvulsiva, anti-parkinsonmiddelen, antihistaminica, anti-hoestmiddelen en bloeddrukverlagende middelen beïnvloeden de rijvaardigheid negatief (Steyvers & Brookhuis, 1997).

Uit experimenteel onderzoek blijkt dat geneesmiddelen van eenzelfde klasse toch een ander effect kunnen hebben op de rijvaardigheid (Vermeeren e.a., 2000). Slaapmiddelen die de volgende ochtend zijn uitgewerkt zoals zaleplon of zolpidem hebben bijvoorbeeld weinig invloed op het slingeren. Andere slaapmiddelen geven de ochtend nadien een effect van meer dan 0,5 promille alcohol (bv. oxazepam of flunitrazepam) of meer dan 0,8 of 1 promille alcohol (bv. flurazepam 30 mg of loprazolam 2 middelengebruik).

Richtlijnen over het gebruik van psychoactieve medicatie in het verkeer

De “International Council on Alcohol, Drugs and Traffic safety” (ICADTS) stelde in 2001 richtlijnen op voor het voorschrijven en verstrekken van medicijnen die de rijvaardigheid beïnvloeden (ICADTS, 2001). Dit document bevat tevens aanbevelingen voor het beleid, voor professionele organisaties van artsen en apothekers, voor het beleid op het vlak van transportveiligheid en gezondheid, voor organisaties en onderzoekscentra die het thema drugs en rijden opnemen, voor het beleid op het vlak van het rijbewijs en ten slotte voor de medische en farmaceutische opleidingen. Een multidisciplinaire en intersectorale aanpak is dus nodig opdat de richtlijnen in verband met voorschrijven en verstrekken van geneesmiddelen aanvaard zouden worden door de maatschappij.

Naast richtlijnen in verband met het voorschrijven en verstrekken van psychoactieve geneesmiddelen is het belangrijk dat patiënten ook geïnformeerd worden over hoe ze ongewenste effecten kunnen herkennen en opvolgen.

Het rapport dat het Belgisch Instituut voor de Verkeersveiligheid in 1999 opstelde is eveneens bedoeld als leidraad voor artsen om het effect op de rijvaardigheid van bepaalde geneesmiddelen te beoordelen (The Toxicological Society of Belgium and Luxembourg, 1999). Hierin is ook een classificatie opgenomen van geneesmiddelen en hun effect op de rijvaardigheid.

5.3 Overlijden na gebruik van psychoactieve medicatie⁴⁹

Suïcidepogingen

In Vlaanderen bestaat er geen systematische registratie van suïcidepogingen. Wel zijn er lokale of regionale onderzoeksinitiatieven. Zo loopt in Gent en randgemeenten in het kader van de WHO/EURO 'Multicentre Study on Suicidal Behaviour' sinds een aantal jaren een registratieonderzoek naar de zichtbare zelfmoordpogingen (van Heeringen & Reyserhove, 2002).

Voor het jaar 2000 wordt het totale aantal zelfmoordpogingen geraamd op 214 per 100.000 inwoners. Zelfvergiftiging met medicatie, alcohol, pesticide en/of dampen was de meest voorkomende methode (86%). Bij 64% van alle pogingen werden barbituraten, sedativa of hypnotica ingenomen. 44% van de pogers gebruikte meer dan één methode. Vooral alcohol werd frequent gebruikt in combinatie met één of meerdere andere methodes.

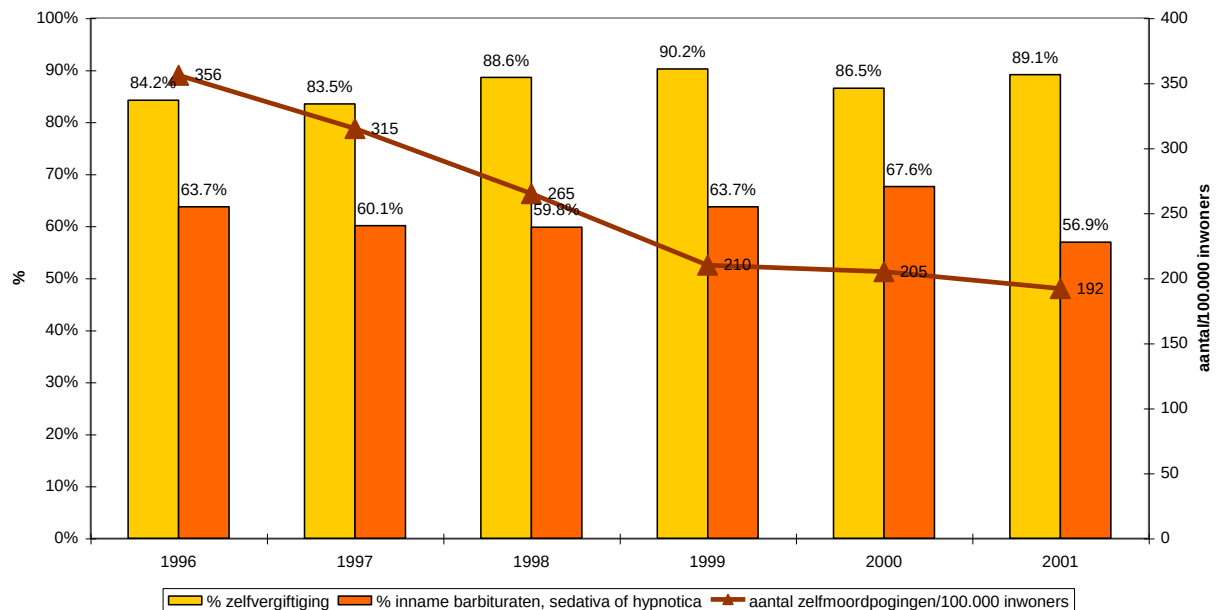
In grafiek 5.1 zien we dat het aantal zelfmoordpogingen per 100.000 inwoners in de regio Gent sinds 1996 gestaag is afgenomen: van 356 pogingen in 1996 tot 192 pogingen per 100.000 inwoners in 2001. Daar tegenover staat dat het percentage zelfmoordpogingen door zelfvergiftiging in verhouding tot de andere methodes licht is gestegen: in 1996 trachtte 84,2% van de suïcideplegers dit te doen door zichzelf te vergiftigen; in 2001 was dit 89,1%. Het percentage dat tracht zichzelf van het leven te beroven door barbituraten, sedativa of hypnotica te slikken schommelt over de jaren heen rond de 60%; het ene jaar ligt dit cijfer wat lager, het volgende jaar weer wat hoger.

Grafiek 5.1

Zelfmoordpogingen in de regio Gent (1996-2001) door vergiftiging en door inname van barbituraten, sedativa of hypnotica (WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour, regio Gent)

⁴⁹ In bijlage 2 wordt de methodologie van de gebruikte bronnen omschreven.

Grafiek 1: Zelfmoordpogingen in de regio Gent (1996-2000) door vergiftiging en door inname van barbituraten, sedativa of hypnotica (WHO/EURO Multicentre Study on Suicidal Behaviour, regio Gent)



Een andere bron van informatie is het registratieproject van het aantal suïcidepogingen in Vlaanderen, dat is ontstaan uit de proefregistratie onder auspiciën van de Werkgroep Suïcide Onderzoek Vlaanderen (WeSOV) (Dillen e.a., 1999). Op de spoedgevallendiensten van Gent, Brugge, Genk, Hasselt en Heusden registreert men op dezelfde wijze als in de WHO/EURO 'Multicentre Study on Suicidal Behaviour'.

In 2000 bedroeg de totale jaarlijkse incidentie voor Vlaanderen in deze studie 180 op 100.000 inwoners. Zelfvergiftiging was de meest gehanteerde methode (80%) en kwam iets meer voor bij vrouwen dan bij mannen. 40,8% van de zelfmoordpogers gebruikte meer dan één methode.

Het Virga Jesse ziekenhuis in Hasselt registreerde systematisch de specifieke medicatie die werd gebruikt bij zelfmoordpogingen (tabel 5.1). Het gaat om de medicatie gebruikt bij 167 pogingen in 2001 (enkel de medicatie die meer dan 2 keer werd gebruikt). De meest voorkomende medicatie bij zelfmoordpogingen waren seroxat®, stilnoct®, trazolan® en xanax®. Van deze studie zijn geen gegevens beschikbaar over voorgaande jaren (Portzky, 2002).

**Tabel 5.1
Meest gebruikte
medicatie bij suïcidepo-
gingen in Hasselt, 2001**

medicatie	aantal
seroxat®	10
stilnoct®	9
trazolan®	9
xanax®	8
temesta®	7
tranxene®	7
dominal®	6
myolastan®	6
valium®	5
cipramil®	4
dafalgan®	4
loramet®	4
nurofen®	4
paracetamol®	4
alprazolan®	3
cataflam®	3
lexotan®	3
lormetazepam®	3
medrol®	3
mesulid®	3
serlaine®	3

Verder beschikken we over de gegevens van de registratie door huisartsenpeilpraktijken. De meest recente gegevens dateren van de periode 2000-2001. In België bestaat er geen patiëntenlijst per huisarts, zodat de populatie moet worden geschat. Dit gebeurt op basis van de vergelijking van het totaal aantal contacten van de peilartsen met het totaal aantal contacten van alle huisartsen op het niveau van het arrondissement (RIZIV-data). In 2000-2001 registreerden de Vlaamse peilartsen 148 zelfmoordpogingen. In elk van de registratieperiodes was de meest voorkomende methode om een zelfmoordpoging te ondernemen een overdosis medicatie nemen; dit was het geval voor 82% van de mannen en 77% van de vrouwen die een poging ondernamen in 2000-2001.

Aangezien voor de verschillende registratieperiodes andere registratiecriteria werden gehanteerd, kunnen we uit de cijfers geen tendens destilleren.

Ten slotte is er nog de CASE-studie, uitgevoerd in 2001 bij 4.500 West- en Oost-Vlaamse leerlingen van 14 tot 17 jaar (Portzky, 2002). In deze studie peilde men onder meer naar het voorkomen van suïcidale gedachten en zelfbeschadigend gedrag. Men vroeg de leerlingen of ze ooit opzettelijk teveel pillen hebben geslikt of zich op een andere manier hebben willen beschadigen (vraag naar zelfbeschadigend gedrag). 13,1% antwoordde hierop positief. De helft van deze jongeren bevestigde dat ze zichzelf ooit echt hebben willen doden toen ze teveel pillen slikten of zichzelf op een andere manier probeerden te beschadigen. Meer dan een vijfde van de jongeren die zelfbeschadigend gedrag vertoonden (22,6%) rapporteerde een overdosis medicatie⁵⁰ te hebben genomen.

Suicide

Het voorbije decennium (1991-2000) is het aantal mensen dat is overleden door zelfmoord significant gestegen (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2003a). In tabel 5.2 staan de absolute aantallen van mensen die tussen 1993 en 2001 een geslaagde zelfmoord uitvoerden.

Tabel 5.2
Aantal zelfmoorden in het Vlaams Gewest (Administratie Planning en Statistiek, 2003)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
mannen	716	790	793	745	770	771	824	843	837
vrouwen	298	316	297	282	286	290	297	331	302
totaal	1.014	1.106	1.090	1.027	1.056	1.061	1.121	1.174	1.139

⁵⁰ Een overdosis medicatie wordt gedefinieerd als elke inname in een grotere dosis dan voorgeschreven of dan de normale therapeutische dosis.

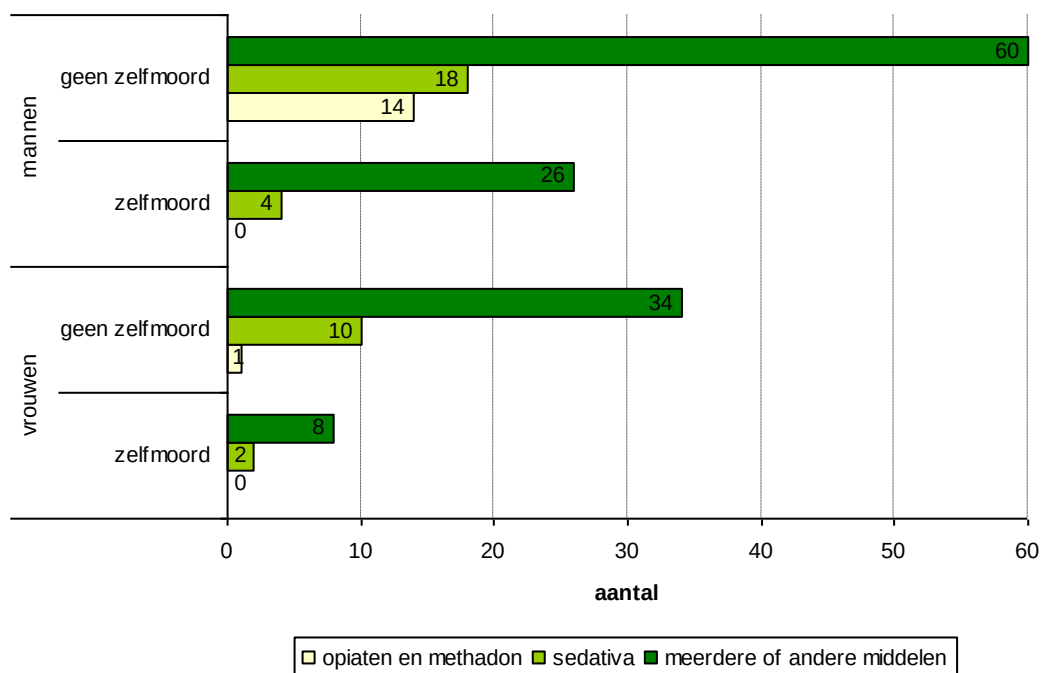
Uit deze tabel blijkt onder meer dat in 2001 1.139 mensen stierven door zelfmoord: 837 mannen en 302 vrouwen (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2003b). Dit komt overeen met 19 per 100.000 inwoners. Vergiftiging komt op de derde plaats als doodsoorzaak. Binnen deze groep zijn geneesmiddelen de belangrijkste middelen, zowel bij mannen (7%) als bij vrouwen (16%).

In 2001 stierven 3,4 mannen en 2,3 vrouwen per 100.000 inwoners ten gevolge van druggebruik (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2003c). De meesten (twee op drie drugdoden) overleden door meerdere middelen tegelijk te gebruiken. Op de tweede plaats staat niet de (illegale) heroïne, maar wel de (legale) slaap- en kalmeringsmiddelen. Zelfmoord is de belangrijkste oorzaak van sterfte door drugs.

In 2001 overleden 12 vrouwen en 22 mannen door gebruik van sedativa (grafiek 5.2). In de meerderheid van de gevallen (10 vrouwen en 18 mannen) ging het om zelfmoord (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2003c).

Grafiek 5.2

Druggerelateerde sterfte naar gebruikte middelen, met of zonder zelfmoord, Vlaams Gewest, 2001 (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2003c)



Bij de interpretatie van deze registratiegegevens van al deze onderzoeken moeten we in het achterhoofd houden dat de cijfers waarschijnlijk lager zijn dan in realiteit. Dit heeft te maken met een aantal factoren. Eerst en vooral bestaat er zeer waarschijnlijk een onderrapportering van suïcide, vooral in de jongere leeftijdsgroepen en bij gebruik van minder gewelddadige middelen zoals vergiftiging (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2003c). Verder kan

een aantal dodelijke verkeersongevallen gerelateerd zijn aan suïcidaal gedrag of in werkelijkheid een niet als dusdanig gemelde zelfmoord inhouden.

Overlijdens ten gevolge van medicatiegebruik

In 2001 overleden in het Vlaams Gewest 48 mensen door vergiftiging met geneesmiddelen (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2003d): 27 mannen en 21 vrouwen (tabel 5.3). In 39 gevallen ging het om opzettelijke zelfvergiftiging (zelfmoord), in 2 gevallen is niet geweten of er opzet mee gemoeid was en in 7 gevallen betrof het een ongeluk.

Tabel 5.3

Aantal overlijdens ten gevolge van medicatievergiftiging (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 2003d)

	onopzettelijke zelfvergiftiging met medicatie		opzettelijke zelfvergiftiging met medicatie		opzet zelfvergiftiging met medicatie onbekend		totaal aantal zelfvergiftigingen met medicatie
	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	mannen	vrouwen	
1998	4	3	22	19	2	6	56
1999	9	3	28	23	2	0	65
2000	2	2	21	27	2	1	55
2001	4	3	22	17	1	1	48

In vergelijking met de twee voorgaande jaren (1999 en 2000) is dit een lichte daling van het totaal aantal mensen die door zelfvergiftiging met medicatie om het leven kwam (tabel 5.3). Die daling is voornamelijk toe te schrijven aan een daling van opzettelijke zelfvergiftiging door vrouwen: 17 vrouwen pleegden in 2001 zelfmoord met een overdosis medicatie tegenover 27 in 2000 en 23 in 1999.

6. Psychoactieve medicatie & preventie

In de vorige hoofdstukken wezen we er al op dat het gebruik van psychoactieve medicatie soms tot problemen kan leiden.

In dit hoofdstuk pluizen we uit hoe problematisch gebruik van medicatie preventief kan aangepakt worden. Welke preventieve maatregelen bestaan, welke blijken effectief te zijn en wat zouden we nog kunnen doen? Preventie in verband met psychoactieve medicatie kan op twee niveaus gericht zijn. Enerzijds kunnen individuen de doelgroep zijn waarbij men aansluitend de keuze maakt tussen de algemene bevolking of bepaalde risicogroepen als doelgroep. In dit geval ligt de klemtoon op sensibiliseren, informeren en vaardigheden aanleren. Anderzijds is het mogelijk om veeleer structurele factoren aan te pakken, bijvoorbeeld het voorschrijfgedrag van artsen. Het raamwerk van de drie M's (Mens, Middel, Milieu) dat in het preventiewerk al jaren wordt gebruikt, is dus ook hier van toepassing.

Het valt op dat zowel de persoonsgerichte als de structurele preventiestrategieën doorgaans vertrekken van de ruime problematiek van het gebruik van medicatie. In een aantal gevallen wordt dan verder ingezoomd op aspecten die kenmerkend zijn voor het gebruik van psychoactieve geneesmiddelen.

6.1 Persoonsgerichte preventiestrategieën

Geneesmiddelen worden gebruikt door individuen. Het is dan ook evident dat heel wat campagnes, folders en vormingsmateriaal personen aanspreekt op hun medicatiegebruik⁵¹. Bedoeling is te sensibiliseren, te informeren of vaardigheden aan te leren (Geirnaert, 2002). De hoge gezondheidsraad formuleerde in 2002 een advies over de problematiek van het gebruik van benzodiazepines (FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen & leefmilieu, 2003). Dit document hield ook voorstellen in voor een informatie- en preventiecampagne. De overheid pleit in deze materie voor het centraal stellen van het individu. Een sensibilisatiecampagne zou de volgende doelstellingen moeten hebben: het mogelijke doen opdat een persoon in staat is consumptie achterwege te laten, streven naar een risicoloze consumptie en er voor zorgen dat de consumptie niet evolueert naar afhankelijkheid. Om deze doelstellingen te bereiken moet men inspelen op psychopathologische determinanten (persoonlijkheidsstoornissen, psychopathologische stoornissen) en milieu factoren (sociaal, economisch, cultureel, enz.). Men kan zich daarbij richten op het verminderen van kwetsbaarheidsfactoren en/of het versterken van

⁵¹ In bijlage 3 geven we een beschrijving van folders/brochures, didactisch materiaal en spelen over (psychoactieve) medicatie dat in de periode 1990-2003 werd uitgebracht.

beschermingsfactoren. Ten slotte moet een preventiecampagne volgens de Hoge gezondheidsraad ook aandacht hebben voor de ethische principes respect en participatie en moet men zich afvragen of het wenselijk is dat men de persoon vraagt volledig te stoppen met het gebruik van benzodiazepines.

Ondertussen heeft de federale overheid een eerste deel van deze campagne gevoerd door middel van een spot (televisie, radio) en een informatiefolder (zie bijlage 3) voor de artsen, de apothekers en de verzorgingsinstellingen. De campagne kreeg als titel '*Slaap- en kalmeermiddelen. Maak er geen gewoonte van voor je niet meer zonder kan*'⁵².

Deze overheids campagne bevat ook een dossier met getuigenissen en interviews. Zo tracht men de mensen te waarschuwen en enigszins af te schrikken en hoopt men het gedrag van een individu te kunnen veranderen. De effectiviteit van een dergelijke afschrikwekkende benadering wordt echter fel betwist (Geirnaert, 2002).

Heel wat folders en brochures die gericht zijn naar de algemene populatie zijn objectief informatief (zie bijlage 3). De klemtoon ligt hier op productinformatie. Heel wat lespakketten voor het onderwijs vertrekken eveneens van dit uitgangspunt. Een loutere overdracht van informatie brengt effectief een kennisvermeerdering tot stand maar heeft weinig of geen effect op het gebruik (Geirnaert, 2002). In les- of vormingspakketten wordt de informatieve benadering dan ook doorgaans gekoppeld aan het aanleren van persoonlijke en sociale vaardigheden.

Vanuit het oogpunt van effectieve interventie dient zeker aandacht gegeven te worden aan omgevingsfactoren (Pos e.a., 2001). Meer en recent onderzoek geeft immers aan dat individueel gerichte preventie een veel kleiner effect heeft op problematisch middelengebruik, in vergelijking met op populatie gebaseerde interventies waarbij de omgeving beïnvloed wordt (Babor, 2002; Edwards, 1995).

Bij persoonsgerichte preventiestrategieën moeten we in het achterhoofd houden dat bepaalde groepen meer risico lopen dan andere om problemen te krijgen wanneer ze (psychoactieve) medicatie gebruiken (zie hoofdstuk 5). We denken dan aan ouderen, allochtonen, laaggeschoolden, personen in sommige beroepen,...

Ouderen

Ouderen zijn een specifieke risicogroep voor medicatiemisbruik gezien hun leeftijd en hun grotere kans op aandoeningen. Ouderen blijken weinig kennis te hebben over ongewenste

⁵² Op de website <http://www.health.fgov.be/benzo/indexnl.htm> kan je de hele campagne raadplegen.

effecten van medicatie (Provincie Limburg, 2002a). Artsen en apothekers vertellen hen hoe het geneesmiddel moet ingenomen worden en waarvoor het dient, maar zeggen weinig over de risico's van geneesmiddelen. Omdat ze vaak meerdere geneesmiddelen nemen ervaren ze ook meer ongewenste effecten van medicatie omdat er interactie tussen de geneesmiddelen optreedt. Bovendien bestaat er bij ouderen een grotere kans op vallen als ze bepaalde medicatie zoals slaap- en kalmeringsmiddelen en antidepressiva nemen.

De provincie Limburg richtte in 2002 binnen de provinciale dienst volksgezondheid een werkgroep op met belangrijke partners als afgevaardigden van de apothekers, de geriateren, de logo-artsen, het CAD, ... De werkgroep besloot dat het nodig is om ouderen eenvoudige boodschappen mee te geven zodat ze kunnen uitmaken wat goed geneesmiddelengebruik is en wat problematisch gebruik is? Het resultaat is een brochure '*verantwoord geneesmiddelengebruik bij ouderen*' en een folder '*vallen en geneesmiddelengebruik bij ouderen*' bedoeld voor ouderen (zie bijlage 3). De centrale boodschap is dat men geneesmiddelen indeelt in vier grote categorieën namelijk een preventief, een oorzakelijk, een stabiliserend en een symptomatisch geneesmiddel. Elke categorie krijgt een symbool. In de brochure zit een afscheurkaart met daarop de vier symbolen met korte uitleg. Deze strook kan in de apotheekkast gehangen worden. Na verloop van tijd weten de ouderen via de symbolen welke geneesmiddelen ze bijvoorbeeld moeten blijven nemen. Dit initiatief voorziet verder in een geneesmiddelenkaart waarop de oudere kan aangeven welke geneesmiddelen hij neemt. Deze actie is daarnaast ook gericht naar huisartsen en apothekers waarvoor het draaiboek '*geneesmiddelengebruik bij ouderen*' gemaakt werd (zie bijlage 3).

Buijssen e.a. (1996) stellen volgende strategieën voor om riskant gebruik te voorkomen en veilig gebruik te bevorderen: voorlichting aan alle ouderen via speciale campagnes, groepsvoorlichting aan ouderen, individuele voorlichting aan ouderen door professionele en vrijwillige hulpverleners en ten slotte niet of beperkt voorschrijven van benzodiazepines aan ouderen.

Voorlichting is heel belangrijk. Veel ouderen denken bijvoorbeeld dat ze minder goed slapen terwijl in feite hun slaappatroon wijzigt met het ouder worden (Buijssen e.a., 1996). Vooraleer de arts slaap- of kalmeringsmiddelen voorschrijft is het belangrijk om eerst alternatieven te bespreken met de patiënt. Als er toch voorgeschreven wordt moet het zeker in beperkte mate gebeuren. Het voorschrijven moet ook vergezeld gaan met voorlichting over de werking van het middel. Indien toch voor een langere periode slaap- of kalmeringsmiddelen worden voorgeschreven is het belangrijk om de patiënt goed op te volgen.

Het voorschrift valt onder de verantwoordelijkheid van de arts (Soenen, 2003). Andere hulpverleners die bij de oudere over de vloer komen kunnen echter een ondersteunende rol spelen bij het verminderen van het chronisch gebruik of het beperken van een eerste

voorschrift. Farmaka start met een project waarin bijscholing wordt gegeven aan hulpverleners in de thuiszorg over benzodiazepines en omgaan met slaapproblemen.

Allochtonen

Omdat ze geneesmiddelen vaak onjuist of onzorgvuldig gebruiken en doorgaans een hoger geneesmiddelengebruik kennen dan autochtonen, verdienen allochtone patiënten bijzondere aandacht als het gaat om het bevorderen van een verantwoord gebruik van geneesmiddelen (Köseoglu, 1998). Communicatie en voorlichting zijn van groot belang omdat het onjuist of onzorgvuldig gebruiken van geneesmiddelen vaak te wijten is aan een onduidelijke of ontoereikende informatie voor deze doelgroep. Bij een allochtone doelgroep is een combinatie van mondelinge instructies en schriftelijke informatie het meest geschikt als voorlichting. Mondelinge voorlichting kan in groep of individueel gebeuren. Bij groepsvoorlichting kiest men best voor een allochtone voorlichter zodat de informatie in de eigen taal kan gegeven worden en de voorlichter ook kan inspelen op culturele aspecten. Schriftelijke informatie wordt zeker niet door alle allochtonen in dezelfde mate begrepen maar blijft toch interessant omdat het voor iedereen beschikbaar is en een lage drempel kent. Audiovisueel materiaal is een prima medium voor allochtonen. Via televisie of radio nemen zij gemakkelijk boodschappen op.

Om een afdoend resultaat te bereiken, moeten trouwens niet alleen de patiënten geïnformeerd worden maar moeten ook de artsen, apothekers en voorlichters ingelicht worden over de wijze waarop allochtonen met medicatie omspringen.

Risicoberoepen

Het gebruik en misbruik van medicatie op de arbeidsplaats is een onderwerp dat weinig in de belangstelling staat (VAD, 1997). Nochtans krijgt VAD hierover regelmatig signalen vanuit de bedrijfswereld, want het is duidelijk dat de veiligheid soms in het gedrang kan komen. Het gebruik van sommige medicijnen kan leiden tot cognitieve en psychische problemen die functies in de vervoerssector of het goederenbedrijf (bv. chauffeur, machinist, matroos, kraanwerk) belemmeren (Koten, 1998). Ook bij beroepen waar grote waakzaamheid nodig is vormt dit een probleem (bv. kassier, verkeersleider, kleuterleidster).

In maart 1997 organiseerde VAD het forum medicatie en werk om dit thema verder uit te spitten. Literatuur over het verband tussen geneesmiddelengebruik en prestaties op het werk is echter schaars. Het forum concludeerde dat vroegtijdig herkennen van medicatiegebruik of -misbruik zeer belangrijk is. Bij vroegtijdige opsporing speelt de hele bedrijfspopulatie een rol en zeker niet uitsluitend de bedrijfsarts. Het gaat om een multidisciplinair proces. De directe chef of leidinggevende kan zich focussen op het minder goed functioneren van de

werknemer, de bedrijfsarts op zijn beurt kan nagaan of er sprake is van problematisch gebruik en kan zoeken naar een oplossing eventueel in samenwerking met centra voor professionele hulpverlening. Communicatie tussen de bedrijfsarts en de voorschrijvende arts bv. de huisarts is in dit proces onontbeerlijk. Het uitgangspunt van een dergelijke screeningsprocedure mag echter nooit repressief zijn. De uiteindelijke doelstelling bestaat erin medicatie een plaats te geven in het alcohol- en drugbeleid van het bedrijf.

Risicosituaties – verkeer

Op 1 oktober 1998 wijzigde in België het reglement op het rijbewijs (Vermeeren e.a., 2000). Er worden nu ook normen opgenomen over het gebruik van psychoactieve medicatie. Personen die psychoactieve geneesmiddelen overmatig nemen zijn niet rijgeschikt. De arts beslist over de rijgeschiktheid en de duur ervan. Deze maatregelen gingen gepaard met een campagne van het BIVV over de invloed van geneesmiddelen op het *rijgedrag* “*invloed van geneesmiddelen op de rijvaardigheid*” (zie bijlage 3). Er werden twee folders verspreid, een voor artsen en apothekers en een voor patiënten. De folder beschrijft verschillende categorieën van geneesmiddelen en hun effect op het rijgedrag.

6.2 Omgevingsgerichte preventiestrategieën

De omgevingsgerichte preventiestrategieën focussen op structurele omgevingsfactoren die het gebruik beïnvloeden (Geirnaert, 2002).

Bij gebruik van medicatie zijn er verschillende structurele milieufactoren die een rol spelen. We denken dan in de eerste plaats aan de rol van de voorschrijver, de rol van de apotheker maar ook aan de strategie van de producenten, de maatregelen van de overheid, reclame,... We belichten hier vooral het voorschrijven van benzodiazepines.

Gericht voorschrijven

Veel van de psychoactieve medicatie is enkel op voorschrift te verkrijgen. De rol van de voorschrijver is dan ook heel belangrijk in het gebruiksproces.

Een vooraf bepaald voorschrijfbeleid laat toe om: een strikte indicatiestelling te hanteren, slechts bij bepaalde patiënten voor te schrijven, bij het voorschrijven duidelijke informatie te geven aan de patiënt over de doelstelling van de behandeling, reeds vooraf een duidelijke afspraak te kunnen maken met de patiënt om af te bouwen (project Farmaka, 1997).

Het advies van de hoge gezondheidsraad waarvan eerder sprake formuleert ook een aantal problemen in verband met de voorschrijver (FOD volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen & leefmilieu, 2003). Huisartsen zijn onvoldoende opgeleid om benzodiazepines voor te schrijven. De opleiding van artsen zou op dat vlak bijgestuurd moeten worden. Artsen moeten ook op de hoogte gebracht worden van alternatieve behandelingsmogelijkheden bij angst- en slaapproblemen. Ze moeten vaardigheidstraining krijgen in het communiceren met patiënten en in het omgaan met problemen als angst en slapeloosheid. Daarnaast adviseert de hoge gezondheidsraad om deze ‘nieuwe’ aanpak te evalueren: passen de artsen de aangeleerde vaardigheden toe in de praktijk? Zijn de alternatieven efficiënt? Is er geen verschuiving van het probleem? Wat zijn de gevolgen op de verkoop van benzodiazepines?

Dit advies indachtig lanceerde de federale overheidsdienst volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu, in januari 2003 een oproep tot medewerking aan onderzoek en ontwikkeling met als thema “*voorschrijfgedrag artsen i.v.m. benzo’s*”. De bedoeling van dit onderzoek is om het voorschrijfgedrag in kaart te brengen⁵³.

Uit Vlaams onderzoek naar het effect van industrieonafhankelijke informatie op het voorschrijven van benzodiazepines blijkt dat mailings weinig invloed hebben op het voorschrijfgedrag (Berings e.a., 1994). Bijkomende orale informatie die door een onafhankelijke vertegenwoordiger wordt gegeven leidt wel tot een opmerkelijke daling in het voorschrijven. Momenteel werken er twee apothekers en één arts bij het project Farmaka als onafhankelijke artsenbezoeker in de regio groot-Gent, groot-Brugge en Kortrijk (Janssens, 2003). Zij werkten reeds aan de thema’s ontstekingswerende middelen en pijnstillers bij artrose, gebruik van antidepressiva, gebruik van antibiotica bij keelpijn en bij cystitis, gebruik van zuurremmers bij dyspepsie en reflux. De onafhankelijke artsenbezoeken worden in Vlaanderen aanvaard door de huisartsen. Uiteraard gaat het hier om een duur en tijdsintensief project waarin de overheid een belangrijk rol heeft inzake continuïteit en uitbreiding op grotere schaal.

In opdracht van de provincie Oost-Vlaanderen organiseerde het project Farmaka overleg tussen huisartsen en apothekers van Merelbeke om het gebruik van slaapmiddelen dichter bij de wetenschappelijke norm te brengen (Project Farmaka, 2003). Dit overleg werd verdergezet onder de naam van het IOGA project (Interactief Overleg tussen Geneesheren en Apothekers). Het doel van dit overleg is het voorschrijf- en aflevergedrag te optimaliseren

⁵³ Zie: <http://www.health.fgov.be/vesalius/startn.htm>. Dit onderzoek wordt sinds september 2003 uitgevoerd door prof. De Meyere, vakgroep huisartsgeneeskunde en eerstelijnszorg, universiteit Gent en Prof. Paulus van het ‘centre universitaire de médecine générale’ van de UCL.

met een maximum aan therapeutische effectiviteit en een minimum aan risico's. In 1999 liep in het kader van dit overleg een project over het correct gebruik van slaapmiddelen. In de apotheken en dokterskabinetten van de regio werd de patiëntenfolder verspreid "Slapen: een probleem?". Ter sensibilisatie was er de affiche "afbouwen is kinderspel?". Voor artsen en apothekers werd er een bijscholingsavond georganiseerd over slaapmiddelen en in de regionale pers werd er ook aandacht besteed aan dit thema.

Geneesmiddelenindustrie

We mogen ook de inbreng van de geneesmiddelenindustrie niet uit het oog verliezen. In België bestaat de tendens om grotere verpakkingen te gebruiken. Het aantal standaarddagdoseringen per verpakking is op vijf jaar tijd met 17% gestegen.

Momenteel bestaan er geen overheidsmaatregelen om bijvoorbeeld kleinere verpakkingen van benzodiazepines te stimuleren om daarmee het kortdurende karakter van een behandeling te beklemtonen (Boudry e.a., 2001c).

De farmaceutische industrie besteedt veel geld aan promotie die kan bestaan uit artsenbezoeken, adverteren, direct mailing, organiseren van conferenties, sponsoren van (wetenschappelijke) congressen, sponsoren van patiënt-organisaties, lobbyen, enzovoort (Mot & Windmeijer, 2002). Uit een onderzoek van het Nederlands Centraal planbureau blijkt dat de omzet verhoogt naarmate er meer promotie wordt gevoerd.

In 1994 werd in Oost- en West-Vlaanderen een onderzoek uitgevoerd waaruit bleek dat de informatie van de industrie wel degelijk een effect heeft op het voorschrijven van benzodiazepines door de huisarts (Berings e.a., 1994). Huisartsen die meer belang hechten aan promotie van farmaceutische firma's schrijven meer benzodiazepines voor. In België zijn er 4 à 5 keer meer medische vertegenwoordigers per arts dan in Nederland (De Meyere, 2003). Het budget dat de farmaceutische industrie aan promotie besteedt wordt geschat op 400 miljoen EUR terwijl de overheid 2 miljoen EUR uittrekt voor onafhankelijke informatie.

7. Psychoactieve medicatie & hulpverlening⁵⁴

Er bestaan geen specifieke hulpverleningsmodellen voor problematisch medicatiegebruik. Vaak komen deze patiënten dan ook terecht in behandelingscentra voor problematisch alcohol- en illegaal druggebruik. Uit de praktijk blijkt wel dat de afbouw van medicatie veel langer duurt dan deze van bijvoorbeeld alcohol. Dit heeft te maken met de langere halfwaardetijd van medicatie.

Farmacotherapie als specifieke behandelvorm voor problematisch alcohol- en illegaal druggebruik zou ook een plaats kunnen hebben in dit hoofdstuk waarin we het hebben over hulpverlening. Dit onderwerp vindt u echter uitgebreid belicht in hoofdstuk 2.

Om het problematische gebruik van psychoactieve medicatie in te schatten kunnen we beginnen met de registratiegegevens uit verschillende registratiesystemen te bestuderen. In de registratiedata van de Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg (VVBV), de Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM), de Minimale Psychiatrie Gegevens (MPG), de registratiegegevens van De Sleutel en de DrugLijn vinden we gegevens terug van patiënten die zich aanmelden met een problematiek die te maken heeft met psychoactieve medicatie. We beschrijven deze registratiedata en waar mogelijk gaan we er ook retrospectief op in.

7.1 Vlaams informatiesysteem drugvrije centra (VLIS-DC)

De Vlaamse Vereniging van Behandelingscentra Verslaafdenzorg verzamelt sinds 1988 systematisch gegevens over druggebruikers in de aangesloten centra via het Vlaams Informatiesysteem - Drugvrije Centra (VLIS-DC) (Vandenbroele e.a., 1989; Vandenbroele e.a., 1990; Kerremans e.a., 1995a; Kerremans e.a., 1995b; Kerremans e.a., 1995c; Kerremans e.a., 1996 ; Kerremans e.a., 1998; Kerremans e.a., 1999). Momenteel zijn er gegevens beschikbaar tot en met het registratiejaar 1999. We kunnen deze vergelijken, maar moeten rekening houden met het wijzigende aantal registrerende voorzieningen en de interne wijzigingen binnen de voorzieningen zelf (zie bijlage 2). Bovendien gaat het steeds om een zeer wisselend aantal cliënten (tabel 7.1). Voorzichtigheid bij uitspraken is dus

⁵⁴ In bijlage 2 wordt de methodologie van de gebruikte bronnen omschreven.

aangeraden. De verschillende aantallen zijn mede te danken aan de uitbreiding van de RIZIV-contacten.

Tabel 7.1
Aantal cliënten opgenomen in het VLIS - DC

1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
623	693	655	616	449	648	584	850	794	974	3.102	3.493

Gebruik van dempende medicatie als voornaamste product⁵⁵

In de beginjaren van de VLIS-DC registratie werd er een categorie voorzien voor dempende medicatie. In 1988 is dempende medicatie het derde voornaamste product na 'drugs' en alcohol. Vermits de cliënten zich aanmeldden bij behandelingscentra voor alcohol- en illegaledrugproblemen, is het logisch dat de aantallen van medicatie klein blijven. Cliënten met een medicatieprobleem komen niet in de eerste plaats terecht in deze registrerende centra.

Tot en met 1995 blijft deze volgorde behouden. Vanaf 1996 wordt de categorie 'drugs' onderverdeeld en krijgen we logischerwijze een andere volgorde. Hoewel voorzichtigheid is geboden, zien we toch een daling van de melding van dempende medicatie als voornaamste product van 1988 tot en met 1991 (tabel 7.2). 1991 blijkt een scharnierjaar te zijn en in de jaren die hierop volgen blijft het percentage tussen 1% en 3% schommelen. De verschillen over de jaren heen zijn mede te wijten aan het stijgend aantal cliënten afhankelijk van illegale drugs. Als gevolg zijn er in verhouding minder cliënten die met een medicatieprobleem opgenomen worden.

Tabel 7.2
Cliënten in het VLIS - DC met dempende medicatie als voornaamste product (in %)

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997
Crisiscentra	14,8	7,8	7,8	4,7	2,1	2,4	3,4	2,0	2,2	2,3
Behandelingscentra	6,2	6,8	6,7	2,8	3,1	1,0	1,3	1,2	3,1	1,8

Vanaf de DARTS-registratie in 1998 wordt de categorie dempende medicatie vervangen door 'slaap- en kalmeringsmiddelen' (tabel 7.3).

⁵⁵ Op basis van alle verslagen van VLIS van 1988-1998.

Tabel 7.3**Cliënten in het VLIS - DC met slaap- en kalmeringsmiddelen als voornaamste product (in %)**

	1998	1999
crisiscentra	2,0	1,8
behandelingscentra	1,1	2,2
ambulante centra	2,8	1,8
MSOC's	-	2,0

De gemiddelde leeftijd van personen met dempende medicatie als voornaamste product schommelt tussen de 25 en 30 jaar (tabel 7.4).

Tabel 7.4**Gemiddelde leeftijd cliënten het VLIS - DC met dempende medicatie als voornaamste product**

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
crisiscentra	28,4	25,9	27,0	27,4	27,2	29,9	29,6	29,8	23,4
behandelingscentra	24,9	26,9	27,3	32,6	26,2	24,0	33,3	25,0	27,2

Gebruik van dempende en opwekkende medicatie

De cliënten kunnen ook meerdere producten die ze gebruikten vermelden. Dit levert de tabel met 'totaal gebruik' op (tabel 7.5). De cliënten mogen maximum drie producten opgeven. We merken op dat er een groot verschil bestaat tussen enerzijds dempende medicatie als voornaamste product en anderzijds dempende medicatie als gebruikt product. In eerste instantie lijken weinig cliënten een zorgvraag te stellen voor hun problematisch medicatiegebruik (voornaamste product), maar even verder zien we dat er toch een groot aandeel van de cliënten medicatie vermelden als één van hun drie voornaamste producten.

De evolutie binnen het totaal gebruik van dempende medicatie is vrij stabiel (tabel 7.5). We hebben enkel cijfers van 1988 tot en met 1996, vermits er daarna geen expliciete melding meer gemaakt wordt van het totaal gebruik. De cijfers voor totaal gebruik lijken rond de 30 à 40% te schommelen. In het begin van de registratie leek het aantal medicatiegebruikers iets hoger te liggen bij de behandelingscentra dan bij de crisiscentra, maar dit verschil is de laatste jaren verdwenen of zelfs omgekeerd.

Tabel 7.5**Cliënten in het VLIS - DC met dempende medicatie in totaal gebruik (in %)⁵⁶**

	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
crisiscentra	38,2	33,0	21,6	29,5	29,4	28,4	36,3	32,2	30,2
behandelingscentra	44,9	41,0	33,5	36,3	41,4	34,5	28,0	28,3	26,4

⁵⁶ Som van de registratie van dempende medicatie als eerste, tweede en derde voornaamste product.

Gecombineerd gebruik

De meest voorkomende combinaties bij de cliënten geregistreerd in de VLIS-DC zijn de combinatie opiaten – cocaïne - dempende medicatie en de combinatie opiaten – cannabis - dempende medicatie (Kerremans e.a., 1995a; Kerremans e.a., 1995b; Kerremans e.a., 1995c; Kerremans e.a., 1996). Over het gecombineerd gebruik hebben we enkel cijfers tot en met 1995 (tabel 7.6).

Tabel 7.6
Evolutie van twee meest voorkomende combinaties bij cliënten in het VLIS - DC (in %)

		1990	1991	1992	1993	1994	1995
opiaten – cocaïne – dempende medicatie	crisiscentra	11,2	9,0	8,6	9,4	14,3	10,2
	behandelingscentra	6,3	10,7	10,2	12,4	7,8	9,2
opiaten – cannabis – dempende medicatie	crisiscentra	5,3	7,7	5,9	5,4	5,1	4,3
	behandelingscentra	5,9	9,4	10,2	6,7	6,5	6,0

Gemiddeld 10% van de cliënten in de crisiscentra neemt de combinatie van opiaten – cocaïne - dempende medicatie. In 1992 zien we het minst cliënten met deze combinatie, namelijk 8,6% en in 1994 het meest: 14,3%. De evolutie van het voorkomen van deze combinatie in de behandelingscentra is net tegenovergesteld: wanneer het percentage daalt in de crisiscentra, stijgt het in de behandelingscentra en omgekeerd.

De tweede combinatie, namelijk opiaten – cannabis – dempende medicatie komt minder frequent voor. In de crisiscentra neemt ongeveer 1 op 20 cliënten deze combinatie. In de behandelingscentra kent het voorkomen van deze combinatie een andere evolutie. Over het algemeen komt deze combinatie meer voor in de behandelingscentra dan in de crisiscentra, in 1992 zelfs dubbel zoveel.

7.2 Vlaamse Registratie Middelengebruik (VRM)

In 1996 meldden er zich 116 personen in de registrerende voorzieningen aan met als aanmeldingsproblematiek of hoofdproblematiek gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen (Van Baelen & Wydoodt, 1998). Het gaat hier om 2,6% van de behandelingen die in 1996 gestart zijn.

Terwijl voor alle andere producten meer mannen dan vrouwen in behandeling zijn, is dit net omgekeerd voor slaap- en kalmeringsmiddelen.

Medicatie wordt op alle leeftijden gebruikt en kent na alcohol de hoogste gemiddelde leeftijd, namelijk 37 jaar. Opvallend bij deze groep van problematische gebruikers is dat meer dan de helft niet beroepsmatig actief is en voornamelijk een inkomen uit ziekte/invaliditeitsuitkering heeft.

In 1998 wendden er zich 582 personen tot de gespecialiseerde hulpverlening voor het gebruik van benzodiazepines (Vandenbussche & Wydoodt, 2000). Dit is 7% van de totale populatie met middelengerelateerde problemen in de vier registrerende werksoorten. Bij 38% van de benzodiazepinegebruikers wordt dit product gescoord als eerste product. De Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ) en Psychiatrische Afdelingen van Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) hebben het grootste aandeel benzodiazepinegebruikers (59,5%) ten opzichte van de andere drie werksoorten, namelijk Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG), Straathoekwerk (SHW) en Therapeutische Gemeenschappen – Crisisinterventiecentra - Dagcentra (TG-CIC-DC).

Globaal genomen zien we dat de verdeling tussen mannen en vrouwen gelijk verdeeld is. Kijken we iets verder dan merken we dat in de TG-CIC-Dagcentra en in het strathoekwerk een duidelijk overwicht is van mannen die benzodiazepines gebruiken, terwijl in de CGG en de PZ-PAAZ er meer vrouwen zijn dan mannen die benzodiazepines gebruiken. De gemiddelde leeftijd is 39 jaar.

60,2% van de benzodiazepinegebruikers krijgt een vervangingsinkomen; de ziekte/invaliditeitsuitkering heeft hier een groot aandeel in. Bijna drie vierde neemt dagelijks benzodiazepines en 14,2% 2 tot 6 dagen per week.

In 1999 registreerde men bij 1.195 personen het gebruik van benzodiazepines. Dit is 7,7% van de totaal geregistreerde populatie (Vandenbussche, 2001). Bij twee vijfde van de benzodiazepinegebruikers is het als voornaamste middel gescoord. In SHW, PZ en PAAZ wordt het grootste aandeel benzodiazepinegebruikers geregistreerd. Ook hier is het evenwicht tussen mannen en vrouwen evenredig verdeeld. Het aandeel van de vrouwelijke gebruikers is het grootst in de PZ en het kleinst in de CIC, terwijl in de andere werksoorten vrouwelijke benzodiazepinegebruikers in de minderheid zijn. De gemiddelde leeftijd ligt ook hier vrij hoog, namelijk 38 jaar.

62,6% van de geregistreerde benzodiazepinegebruikers leeft van een vervangingsinkomen, met alweer het grote aandeel hierin van de ziekte/invaliditeitsuitkering. Meer dan 68% neemt dagelijks benzodiazepines.

Als we ons aan globale conclusies wagen dan merken we op dat het grootste aandeel van de geregistreerde benzodiazepinegebruikers in de PZ-PAAZ verblijft. Hier treffen we een overwicht vrouwen aan, terwijl dit in de andere werksoorten niet het geval is. De gemiddelde leeftijd van de benzodiazepinegebruiker ligt vrij hoog namelijk tussen 37 en 39 jaar. Meer dan de helft van de benzodiazepinegebruikers leeft van een vervangingsinkomen, waarin de ziekte-uitkering een groot deel vormt. Bovendien gebruikt meer dan de helft van deze groep zijn producten dagelijks.

7.3 Minimale Psychiatrische Gegevens (MPG)

Van de populatie die in **1996** werd ontslagen in psychiatrische ziekenhuizen en de psychiatrische afdelingen van de algemene ziekenhuizen was er bij het begin van de eerste behandelings-/verblijfsperiode bij 16% sprake van problemen met medicatie (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 1997)⁵⁷. Bij 10,9% (n= 4.230) droeg dit bij tot de opname en bij 5% (n= 1.954) was dit secundair aanwezig. Bij ontslag was het voor 5,1% een secundair probleem en voor 7,2% een hoofdindicatie tot nazorg (tabel 7.9).

Van het registratiejaar **1997** lichten we eerst de problemen met medicatie bij opname en ontslag toe van de behandelde populatie, met andere woorden diegenen die hun behandeling beëindigd hebben in 1997 (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 1998)⁵⁸. Vervolgens verdiepen we ons in het afzonderlijke deel over de aanwezige en behandelde populatie voor alcohol- en druggebruik. Het verschil tussen de twee is niet enkel het verschil in populatie, maar ook de focus van het eerste op 'problemen met medicatie' en het tweede op 'hoofddiagnose medicatie'.

Problemen met medicatie

Van de behandelingen die beëindigd werden in 1997 bleek er voor 12,5% van de cliënten een **probleem te zijn met medicatie** dat bijdroeg tot de opname. Voor 4,6% van de ontslagen cliënten was medicatie een secundair probleem (tabel 7.9).

In de groep van ontslagen cliënten in 1997 bleek er 8% van die populatie nog steeds problemen met medicatie te hebben die een hoofdindicatie tot nazorg waren. Bij 5,5% van dezelfde populatie is dit nog secundair aanwezig (tabel 7.9).

⁵⁷ tabel 196 en tabel 379.

⁵⁸ tabellen 105, 171, 212, 213, 222, 223, 226, 227, 228, 229, 238, 239, 242, 243.

Hoofddiagnose medicatiemisbruik bij aanwezige en ontslagen populatie

Het grootste aandeel in de hoofddiagnose van de **aanwezigen** op 31/12/1997 wordt logischerwijze ingenomen door psychiatrische diagnoses. De hoofddiagnose medicatiemisbruik geldt maar voor 0,72% van de gehele populatie in de PZ en PAAZ, maar medicatie is na alcohol het voornaamste product. In beide werksoorten blijken steeds de vrouwen een meerderheid te hebben in deze groep. Meer dan de helft situeert zich in de leeftijdsgroep van 25 tot 44 jaar en een derde tussen 45 en 64 jaar (tabel 7.7).

Tabel 7.7**Leeftijdscategorieën van aanwezige en ontslagen medicatiegebruikers, 1997 (in %)**

	19-24 jaar	25-44 jaar	45-64 jaar	65+ jaar
aanwezige populatie	1,1	55,6	33,3	10,0
ontslagen populatie	3,4	54,7	31,6	8,9

31,1% van de medicatiegebruikers is invalide bij opname; 25,6% is professioneel niet actief, 20,0% heeft een betaalde job en 13,3% is werkloos of trekt steun (tabel 7.8).

Tabel 7.8**Beroepsstatus van aanwezige en ontslagen medicatiegebruikers, 1997 (in %)**

	betaald werk	niet actief	invalide	minder-valide	werkloos/steun-trekker	ander of onbekend	geen/zonder
aanwezige populatie	20,0	25,6	31,1	1,1	13,3	3,3	5,6
ontslagen populatie	25,6	21,5	24,0	2,8	17,9	2,3	5,0

1,41% van de personen die in 1997 een **behandeling beëindigd** hebben, heeft als hoofddiagnose medicatiemisbruik. Ook hier zien we dat vrouwen een duidelijk overwicht hebben in deze groep. Meer dan de helft (54,7%) van deze populatie behoort tot de leeftijdsgroep 25-44 jaar en een derde is tussen 45 en 64 jaar (tabel 7.7).

Op professioneel vlak zien we dat een vierde van de medicatiegebruikers betaald werk heeft, een vierde invalide is, een vijfde niet actief is en bijna 20% werkloos of steuntrekker is (tabel 7.8).

In het nationaal verslag **1998** is er enkel sprake van medicatiegebruik in de gegevens over de beëindigde verblijven in 1998 (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid, en Leefmilieu, 1999)⁵⁹. We geven hier dus geen cijfers over de aanwezige populatie.

De gegevens over de ontslagen cliënten zijn opgedeeld in twee categorieën: enerzijds naar problemen bij opname en anderzijds naar problemen bij ontslag. Het gaat hier enkel om de gegevens van PZ en PAAZ.

Van de ontslagen cliënten in 1998 zijn er 10.544 personen (12,7%) waarbij **bij opname** problemen met medicatie bijgedragen hebben tot opname (tabel 7.9). We vinden een overwicht aan vrouwen binnen deze groep van problematische medicatiegebruikers: 5.630 (53,4%) vrouwen tegenover 4.914 mannen. Bovendien is er een verschil te merken tussen PAAZ en PZ: in de PAAZ zijn er 5.555 (52,7%) personen waarbij een medicatieprobleem bijdroeg tot opname, in de PZ gaat het om 4.989 cliënten.

Bij 3.683 cliënten (4,4%) was medicatiegebruik secundair aanwezig. Ook hier zien we een overwicht van vrouwen (57,7%).

Meer dan de helft (54,5%) van de medicatiegebruikers (zowel bijdragend tot opname als secundair probleem) vinden we terug in de leeftijdscategorie 25 tot 44 jaar. Iets meer dan één vierde (28,3%) is tussen de 45 en 64 jaar.

Van de cliënten die in 1998 hun behandeling beëindigd hebben zijn er 6.934 (8,3%) waarbij het medicatiegebruik **bij ontslag** een hoofdindicatie is voor nazorg en 4.653 (5,9%) waarbij het een secundair probleem is (tabel 7.9). Het verschil tussen mannen en vrouwen dat duidelijke aanwezig was bij de opname is nu bijna verdwenen: het gaat om 3.471 vrouwen tegenover 3.463 mannen. In de groep waar medicatiegebruik een secundair probleem is bij ontslag blijft het overwicht van vrouwen overeind: 2.737 vrouwen tegenover 1.916 mannen. Wat het type instelling betreft vinden we nu een overwicht van alle medicatiegebruikers terug in de PZ: 5.894 in de PZ tegenover 5.693 in de PAAZ.

De meeste medicatiegebruikers vinden we nog steeds terug in dezelfde leeftijdsgroepen. 55,7% van diegenen die nog steeds een medicatieprobleem hebben bij ontslag bevindt zich in de leeftijdscategorie 25 tot 44 jaar; 27,9% is tussen 45 en 64 jaar.

⁵⁹ tabellen 35b, 36b, 60b, 61b.

Tabel 7.9

Problemen met medicatie bij opname en ontslag van de ontslagen populatie in 1996, 1997, 1998 (in %)

		problemen bij opname	problemen bij ontslag
1996	bijdragend tot opname	10,9	7,2
	secundair	5,0	5,1
1997	bijdragend tot opname	12,5	8,0
	secundair	4,6	5,5
1998	bijdragend tot opname	12,7	8,3
	secundair	4,4	5,9

Tabel 7.9 geeft een overzicht van de ontslagen populatie in de PZ en PAAZ. Bij opname is medicatiegebruik vaker een probleem dat leidt tot opname dan bij ontslag. Bij ontslag is medicatiegebruik vaker een secundair probleem dan bij de opname. Dit kan te wijten zijn aan de groep cliënten waar bij opname medicatie als hoofdindicatie vermeld werd en waarbij het medicatiegebruik geëvolueerd is naar een secundair probleem.

Het jaarverslag **1999** geeft enkel gegevens van de initiatieven van beschut wonen en de psychiatrische verzorgingstehuizen (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, 1999)⁶⁰. Er is dus geen enkele vergelijking mogelijk met de vorige jaarverslagen. Enkel de gegevens over de ontslagen cliënten geven ons meer informatie over problemen met medicatiegebruik.

In de selectie beschut wonen zien we dat 18,1% van de ontslagen cliënten in 1998 en 1999 problemen heeft met medicatie bij opname: voor iets meer dan 10% zijn problemen met medicatiegebruik een secundair probleem en bij de overigen heeft dit bijgedragen tot de opname. Het grootste aandeel (30,3%) van medicatiegebruikers vinden we binnen de leeftijdsgroep 30 tot 39 jaar en 25,1% binnen de leeftijdsgroep 40 tot 49 jaar.

Dezelfde gegevens werden ook geregistreerd voor de psychiatrische verzorgingstehuizen. Slechts 5,9% van deze populatie heeft problemen met medicatiegebruik. De aantallen zijn dan ook te klein om hieruit conclusies te trekken met betrekking tot de leeftijd.

In het Beschut Wonen zijn er bij de ontslagen cliënten van het jaar 1998 en 1999 nog 591 of 19,5% die problemen hebben met medicatie die enerzijds secundair van aard of anderzijds de hoofdindicatie tot nazorg zijn. We merken dat het aantal cliënten dat een probleem vermeldt met medicatie bij ontslag gestegen is tegenover bij opname. Ook bij de psychiatrische verzorgingstehuizen merken we dit op: 6,1% heeft nog problemen met medicatiegebruik bij ontslag.

⁶⁰ tabellen 59c, 59h, 73e, 73f.

Uit het nationale verslag **2000** blijkt dat er op het einde van het eerste semester van 2000 (30/06/2000) in totaal 127 (4,2%) personen van de 3.024 aanwezigen problemen hadden met medicatie in de psychiatrische verzorgingstehuizen (Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid, en Leefmilieu, 2001)⁶¹. In het beschut wonen ging het om 412 personen van de 2.869 aanwezigen (14,4%).

Van de ontslagen patiënten in 2000 in het beschut wonen waren er 326 patiënten (21,1%) (van de 1.546) die overblijvende problemen met medicatie hadden. Voor de psychiatrische verzorgingstehuizen gold dit maar voor 7 personen van de 444 (1,6%).

Uit de registratie van de MPG van de PZ en PAAZ krijgen we een zicht op het aantal cliënten dat bij opname of ontslag problemen heeft met medicatiegebruik. Voor de meesten gaat het hier om een probleem dat bijdraagt tot enerzijds de opname en anderzijds een hoofdindicatie is voor nazorg. Samengevat zien we in de PZ en PAAZ een overwicht aan vrouwen. De cijfers over de beroepsactiviteit geven weer dat een groot aandeel van de medicatiegebruikers niet actief is, invalide is, werkloos is of steun trekt. Van de personen met een problematiek medicatiegebruik is de grootste groep tussen 25 en 44 jaar.

7.4 DrugLijn

De Druglijn registreert het aantal gestelde vragen over productinformatie (tabel 7.10) (De Druglijn, 1997; De Druglijn, 1998; De Druglijn, 1999; De Druglijn, 2000; De Druglijn, 2001; De Druglijn, 2002; De Druglijn, 2003). Iets meer dan de helft van de binnenkomende vragen gaat over producten. Het kan in deze gesprekken over allerlei thema's gaan: het uitzicht van een product, samenstelling, effecten, risico's en gevaren, manieren van gebruik, combinaties van producten, overdosis,...

In deze groep van productvragen kunnen we ook het percentage vragen over medicatie achterhalen. We zien een lichte stijging over de jaren heen van 5,4% naar 8,0%.

Tabel 7.10
Vragen over producten en specifiekere medicatie (in%)⁶²

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
% vragen over producten	56,0	55,0	54,0	54,0	57,0	60,0	60,0
% over medicatie	5,4	8,7	9,9	6,0	6,0	7,0	8,0

⁶¹ tabellen 14e, 14f, 33e, 33f.

⁶² Op basis van de jaarverslagen van De DrugLijn van 1996 tot en met 2002.

7.5 De Sleutel

Sinds het registratiejaar 2000 zijn de gegevens van De Sleutel niet langer opgenomen in het VLIS-DC registratiesysteem van de VVBV. We bespreken hieronder de cijfers van de laatste drie jaarverslagen van de Sleutel.

In het **jaarverslag 2000** is de indeling gebaseerd op de verschillende levensdomeinen van de EuropASI (De Sleutel, 2001). Ten eerste wordt er melding gemaakt van het aantal cliënten dat een bepaald product ooit intensief gebruikt heeft. In het jaar 2000 heeft 46,4% van de cliënten ooit intensief medicijnen gebruikt (tabel 7.11).

Tabel 7.11
Ooit-gebruik van medicatie per module, 2000-2002 (in %)

	individuele behandeling	dagopvang	crisiscentrum	langdurig residentieel groepsprogramma
2000	46,4			
2001	50,0	71,9	72,7	76,1
2002	48,0	67,3	73,0	75,2

Vervolgens wordt het voornaamste middel aangeduid. Bij 1% was medicatie⁶³ het voornaamste product (tabel 7.12). Polydruggebruik is een afzonderlijke categorie die bij ruim 20% van de cliënten aangeduid werd als voornaamste product en waaronder ook een deel van de medicatiegebruikers vervat kan zijn.

Tabel 7.12
Medicatie als belangrijkste product per module, 2000-2002 (in %)

	aanmelding	individuele behandeling	dagopvang	crisiscentrum	langdurig residentieel groepsprogramma
2000	2,8	1,0			
2001	2,2	1,0	0	1,7	1,9
2002	3,0	0,8	0	1,9	0,9

⁶³ Medicijnen worden in de EuropASI gedefinieerd als 'slaappillen, benzodiazepines, barbituraten en andere kalmerende middelen'.

Verder peilt de EuropASI ook naar het recente gebruik of het gebruik tijdens de laatste dertig dagen. 28,5% van alle cliënten heeft recent medicatie gebruikt (tabel 7.13).

Tabel 7.13
Recent gebruik van medicatie per module, 2000-2002 (in %)

	individuele behandeling	dagopvang	crisiscentrum	langdurig residentieel groepsprogramma
2000	28,5			
2001	30,7	38,6	38,6	33,9
2002	26,9	51,0	41,9	33,3

In het jaarverslag 2000 vinden we één module⁶⁴ terug, namelijk de aanmeldingsmodule. In het **jaarverslag 2001** (Raes & Lombaert, 2002) en het **jaarverslag 2002** (Raes & Lombaert, 2003) wordt de hele werking van de voorzieningen opgesplitst in verschillende modules.

Bij de module aanmelding zien we dat het aantal aanmeldingen met medicatie als belangrijkste product schommelt tussen de 2% en de 3%. Met betrekking tot de modules individuele behandeling, dagopvang, crisiscentrum en langdurig residentieel groepsprogramma zien we dat in 2001 respectievelijk 1%, 0%, 1,7% en 1,9% van de cliënten medicatie vermelden als belangrijkste product. De cijfers voor 2002 zijn identiek, met uitzondering van de module langdurige, residentieële groepsprogramma's waar we een daling van 1,9% naar 0,9% noteren.

Het grootste aandeel van de groep recente medicatiegebruikers⁶⁵ vinden we terug in de dagopvang en crisiscentrum en dit zowel in 2001 als in 2002 (tabel 7.13).

Het ooit-gebruik van medicatie is bijna altijd boven de 50% en is het hoogst in de langdurige residentieële groepsprogramma's. Maar ook in de modules dagopvang en crisiscentrum liggen de percentages cliënten die ooit medicatie namen aanzienlijk hoger dan in de module individuele behandeling.

⁶⁴ Modules vormen de bouwstenen van een zorgprogramma voor een bepaalde doelgroep (Vanderplasschen e.a., 2001).

⁶⁵ Bron: Niet gepubliceerde cijfers van De Sleutel.

8. Opvallende feiten: trends in medicatiegebruik

Dat het gebruik van geneesmiddelen alsmaar toeneemt werd uit de vorige hoofdstukken wel duidelijk. Toch evolueren niet alle producten of productgroepen in dezelfde opwaartse richting. Het gebruik van benzodiazepines is de laatste jaren toegenomen. Zowel uit de IMS data als uit de farmanet-gegevens van het RIZIV springt de stijgende verkoop van psychoanaleptica in het oog. De verkoops cijfers van antidepressiva en Rilatine® zijn de laatste jaren echter zo grondig toegenomen dat we deze evoluties van naderbij bekijken.

8.1 Rilatine®

Rilatine® (Ritalin® genoemd in het buitenland) is een geneesmiddel gebaseerd op methylfenidaat. Dit product stimuleert het centrale zenuwstelsel aangezien het verwant is met amfetamines (Jensen, 1999). Rilatine® wordt hoofdzakelijk voorgeschreven aan mensen die leiden aan het 'Attention Deficit Hyperactivity Disorder' (ADHD). ADHD'ers hebben last van aandachtstekort en hyperactiviteit (Verschaeren, 2003). Rilatine® helpt hen te focussen waardoor ze rustiger worden.

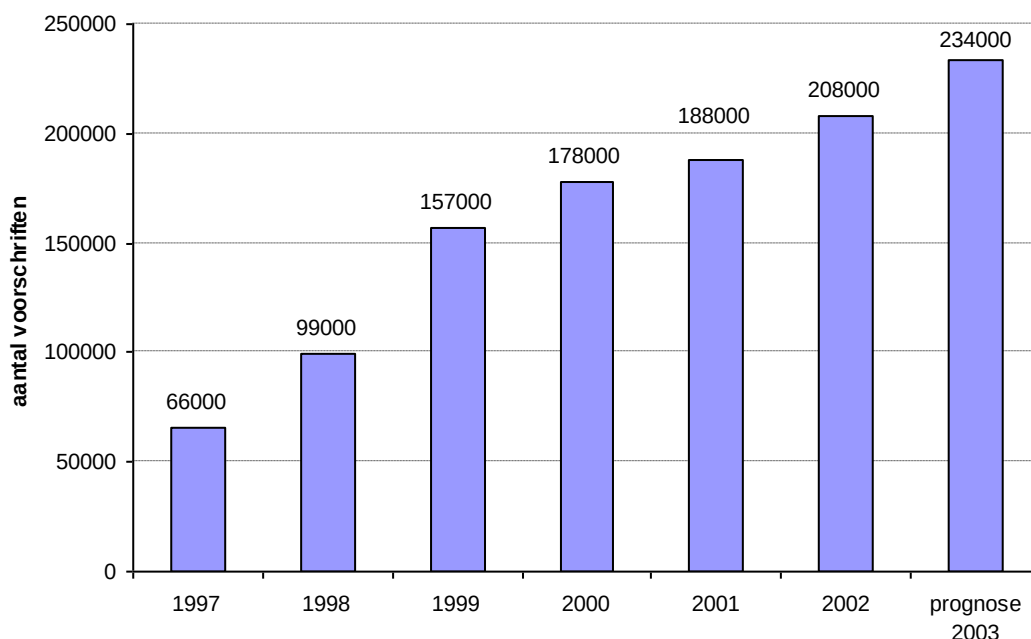
De laatste jaren is er heel wat te doen rond de toename van Rilatine®-verkoop. In de meeste Westerse landen is een spectaculaire stijging vastgesteld.

Tijdens de jaren '90 steeg het aantal voorschriften voor ADHD-middelen in Australië enorm (Cverle, 1999). In sommige provincies (o.a. Queensland) was er zelfs sprake van een vervijfvoudiging. In de Verenigde Staten nemen naar schatting 2,6 miljoen mensen Rilatine®. De meerderheid hiervan zijn kinderen tussen 5 en 12 jaar oud (Bailey, 1995).

Voor Europa beschikken we over cijfers van twee landen, naast deze van België. In Denemarken steeg het aantal gebruikers van Rilatine® met 21,4%. Ook hier zijn het vooral kinderen en jongeren die het middel gebruiken (Brands e.a., 1998).

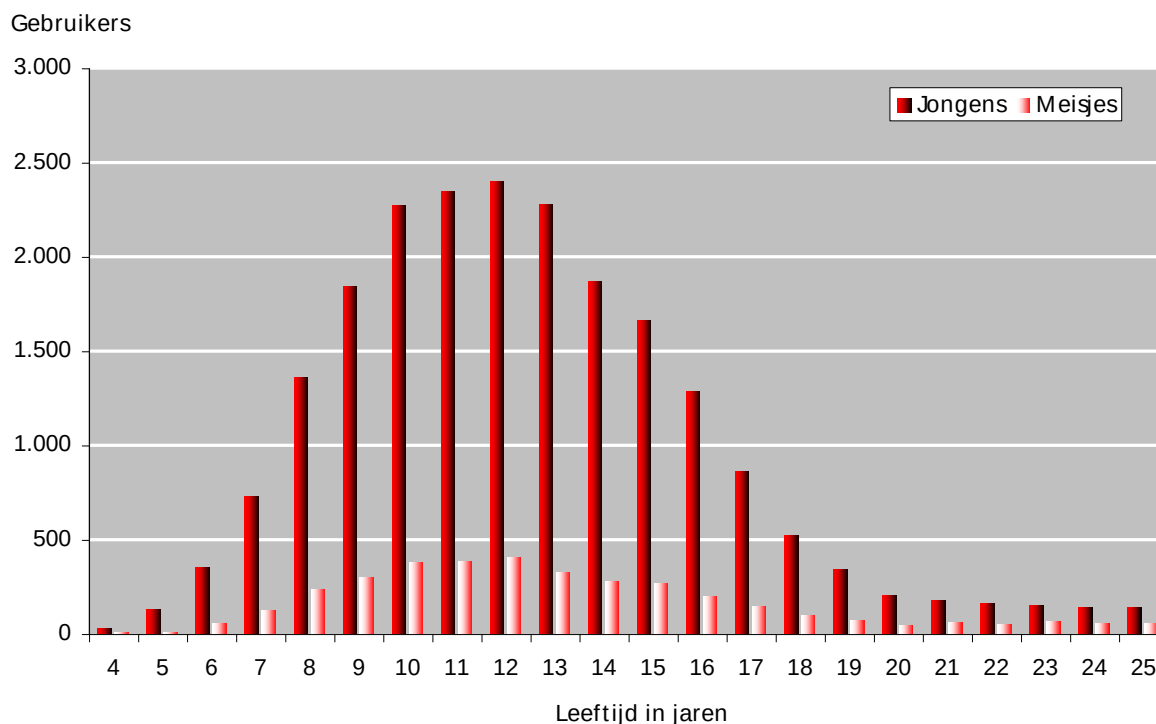
In Nederland gebruiken ongeveer 31.000 mensen Ritalin® (SFK, 2003a). Samen kregen deze mensen 208.000 doosjes Ritalin® voorgeschreven in 2002 (grafiek 8.1). Tussen 1997 en 2002 is het aantal voorschriften meer dan verdrievoudigd. In 88% van de voorschriften betrof het een herhaling van een eerste verstrekking. Wie eenmaal Ritalin® slikt heeft veel kans het middel te blijven gebruiken.

Grafiek 8.1
Aantal voorschriften Ritalin® in Nederland (SFK, 2003a)



Opvallend is dat veel meer jongens dan meisjes het product gebruiken (SFK, 2003a) (grafiek 8.2). Voor elk meisje in Nederland dat Ritalin® slikt, zijn er zes jongens. De meisjes zijn echter aan en inhaalbeweging bezig. Het gebruik bij meisjes in de middelbare schoolleeftijd stijgt met 25%. Algemeen piekt het gebruik rond de leeftijd van 12 jaar. Tussen 11 en 16 jaar stijgt het gebruik terwijl het onder kinderen van 10 jaar en jonger stabiel blijft.

grafiek 8.2
Gebruik van Ritalin® bij Nederlanders volgens leeftijd en sekse (SFK, 2003a)
 (deze grafiek hebben we niet in excell)



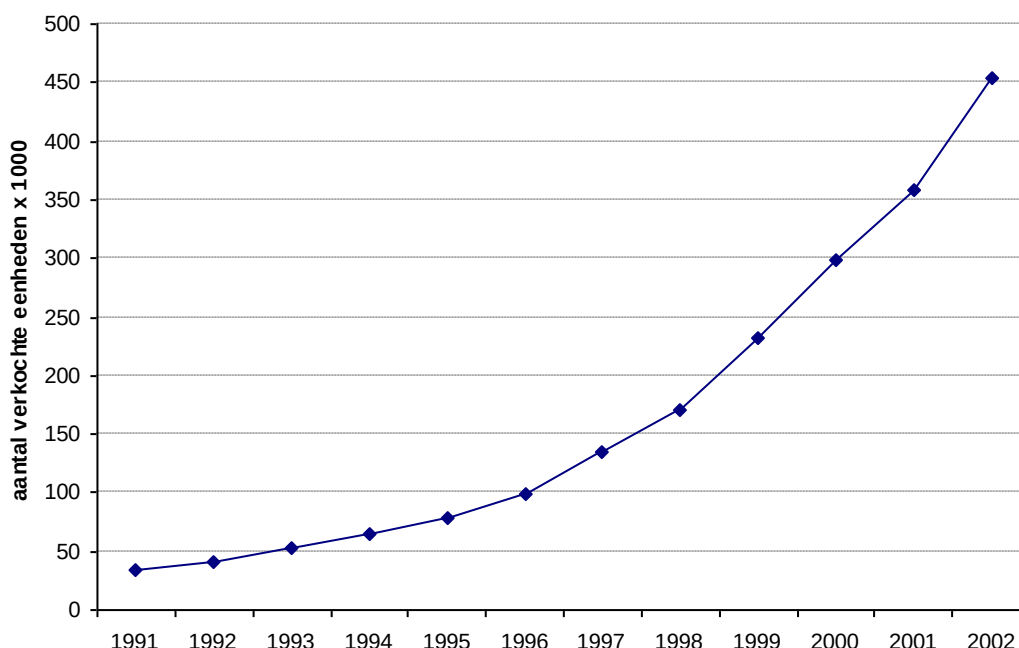
Voor België beschikken we over verkoopscijfers van Rilatine® van 1991 tot en met 2002. Gegevens van IMS Health over de verkoop van Rilatine® in België tonen aan dat er een zeer sterke stijging is over deze periode (tabel 8.1). In 2002 werden bijna 30 keer meer verpakkingen verkocht dan in 1990.

Tabel 8.1

Evolutie Rilatine®-verkoop in België, 1991-2002 (IMS Health, 2003)

jaar	aantal verkochte verpakkingen	jaar	aantal verkochte verpakkingen
1991	33.957	1997	134.891
1992	41.734	1998	169.990
1993	52.151	1999	232.178
1994	64.034	2000	297.956
1995	77.977	2001	358.205
1996	98.352	2002	453.240

Berekeningen van Rosiers (2004) vertellen ons dat de stijging van de verkoop van Rilatine® in België exponentieel van aard is (grafiek 8.3). Dit wil zeggen dat de stijging niet enkel aanhoudt, maar ook nog in grootte toeneemt. De groei wordt met andere woorden alsmaar groter (Rosiers, 2004).

Grafiek 8.3**Toename Rilatine®-verkoop in België, 1990-2002 (IMS Health, 2003d)**

Uit onderzoeken blijkt dat de groei van het gebruik van Rilatine® te wijten is aan het voorschrijfgedrag van huisartsen. Vooral huisartsen en in mindere mate specialisten stellen nogal snel de diagnose ADHD (AVGI, 2000a). Het stellen van de ADHD-diagnose is geen eenvoudige zaak en hoort bij voorkeur het werk te zijn van een multidisciplinair team van professionele hulpverleners (Rosiers, 2004). Heel wat ADHD-kenmerken kunnen immers ook voorkomen in het normale gedrag van kinderen. Anderzijds kunnen een aantal psychosociale problematieken en sommige psychiatrische of neurologische stoornissen een gelijkaardig beeld vertonen. De gezondheidsraad adviseert trouwens dat medicamenteuze behandeling altijd moet samengaan met psycho-educatie en opvoedingsadvies, bij kinderen in overleg met de school en eventueel met bijkomende psychosociale begeleiding voor kind en ouders.

In de Verenigde Staten blijkt duidelijk dat de toename van het gebruik van Rilatine® gepaard gaat met het misbruiken van het middel. Geschat wordt dat tussen 1995 en 1999 het aantal adolescenten dat misbruik maakt van hun ADHD-medicatie van 1% tot 3% gestegen is (Cverle, 1999). Misbruik komt vooral voor bij jongeren. Ze pletten de Rilatine® tabletten tot poeder om dit vervolgens op te snuiven. Dit brengt de nodige risico's met zich mee. Door Rilatine te snuiven of te spuiten word het effect versterkt (Buitelaar, 2000). Tevens is het effect bij een hogere dosis te vergelijken met dit van amfetamines. Bij het gebruiken van

hogere dosissen bestaat de kans op tolerantie en afhankelijkheid, terwijl dit bij een medicinale dosis niet het geval is (Jensen, 1999).

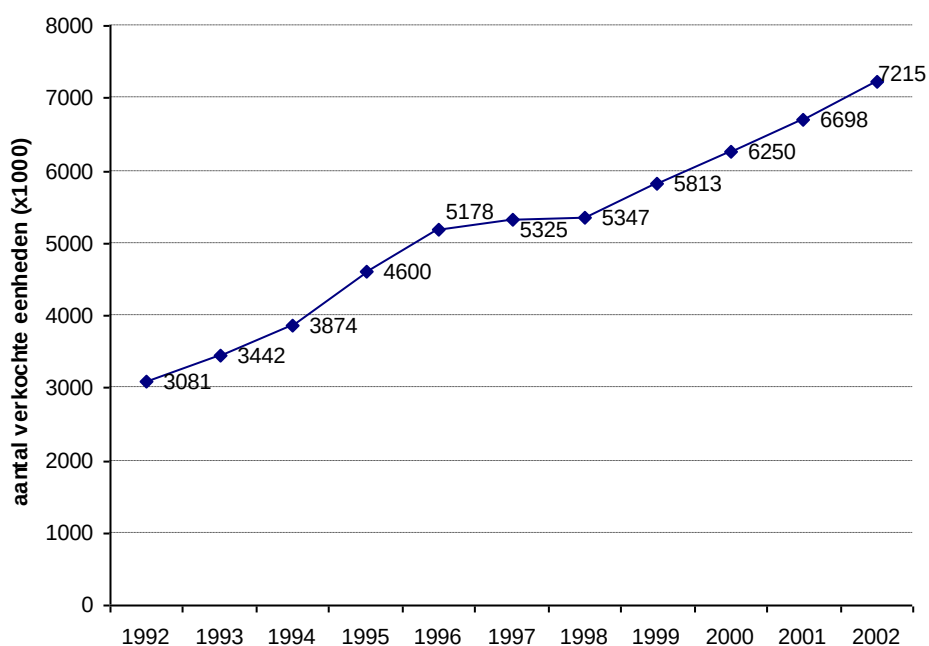
8.2 Antidepressiva

Ook het gebruik van antidepressiva gaat in stijgende lijn. Dit geldt niet alleen voor België, maar voor zowat alle landen van Europa en de Verenigde staten. In Nederland worden er niet alleen meer antidepressiva voorgeschreven, maar ook gedurende een langere periode (SFK, 2001). Met andere woorden, de gemiddelde duur van een voorschrift is gestegen. Mede hierdoor stijgt de verkoop van antidepressiva. In de Verenigde staten kent het gebruik van antidepressiva de grootste toename (Boudry e.a., 2001b).

De afgelopen tien jaar zien we een duidelijke stijgende tendens in de verkoop van antidepressiva in België (grafiek 8.4). Vooral in het begin van de jaren negentig, met de opkomst van de nieuwe generatie antidepressiva, de “serotonine heropname remmers”, neemt de verkoop van antidepressiva toe. Daarna blijft de groei bijna onafgebroken, doch gestaag aanhouden (IMS Health, 2003d).

Grafiek 8.4

Verkoop van tricyclische en aanverwante antidepressiva en SSRI's in België, 1990-2002 (IMS Health, 2003d)



Tabel 8.2 geeft een beeld van het gebruik van antidepressiva in het Vlaams Gewest (Buziarsist e.a., 2002). In alle kolommen is er sprake van een stijging tussen 1997 en 2001 behalve bij de vrouwen van 65 jaar of ouder. Bij deze groep is het gebruik van antidepressiva gedaald. Bij de mannelijke 65-plussers is het gebruik van antidepressiva in 2001 3,5 keer hoger dan in 1997. Toch blijft het gebruik van antidepressiva bij vrouwen hoger dan bij

mannen. Daarnaast wordt er ook meer gebruikt naarmate men ouder wordt. Voor België zien we dezelfde tendensen met betrekking tot het gebruik van antidepressiva terugkeren. Gebruik stijgt met de leeftijd, maar ook in functie van de tijd (Buziarsist e.a., 2002).

Tabel 8.2

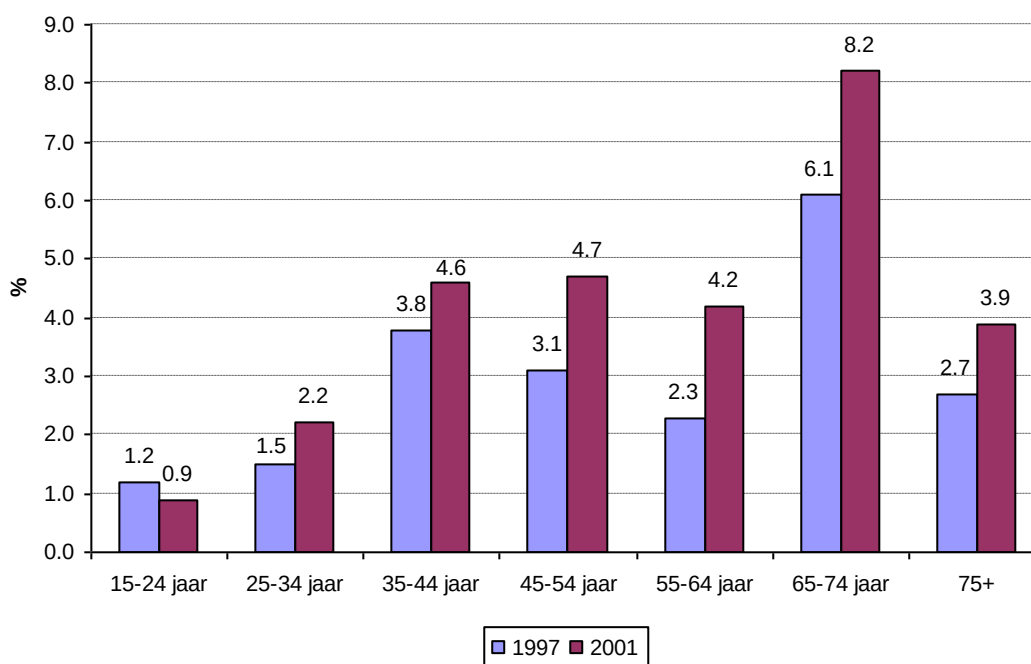
Percentage van mensen uit het Vlaamse Gewest dat antidepressiva gebruikt in de twee weken voor de bevraging, 1997 en 2001 (Buziarsist e.a., 2002)

	15-64 jaar		65+	
	man	vrouw	man	vrouw
1997	1,8	3,1	1,6	7,4
2001	2,4	4,4	5,7	6,6

Onderstaande grafiek geeft een beeld van de spreiding van het gebruik van antidepressiva over de leeftijden. Opvallend is de verdubbeling van het gebruik van antidepressiva in de groep 65-74 jarigen ten opzichte van de groep 55-64 jarigen. Het verlies van een dagdagelijkse bezigheid speelt heel wat mensen parten. Het gebruik van antidepressiva is tevens gestegen tussen 1997 en 2001. In alle leeftijdscategorieën, behalve deze van 15-24 jaar, doet er zich een toename voor.

Grafiek 8.5

Gebruik van antidepressiva tijdens afgelopen twee weken in het Vlaamse Gewest naar leeftijd (Buziarsist e.a., 2002)



Het wetenschappelijk instituut voor volksgezondheid (WIV) veronderstelt dat een verandering in het voorschrijfgedrag, een betere opsporing van mentale problemen of frequenter toepassen van een psychofarmacologische behandeling door eerstelijnsartsen en een aanpassing aan de minder positieve gezondheidssituatie aanleiding zijn voor het toegenomen gebruik van antidepressiva (Buziarsist e.a., 2002). Ten slotte is het gebruik van antidepressiva gestegen door de komst van de nieuwe generatie antidepressiva.

Nochtans blijkt uit de “evidence based medicine” dat de tryclische antidepressiva en de SSRI's even effectief zijn en ook evenveel ongewenste effecten hebben (De Meyere, 2002). Omdat de ongewenste effecten van de SSRI's nog niet allemaal gekend zijn wordt zeker aan huisartsen aanbevolen om tryclische antidepressiva voor te schrijven. Wellicht is de industrie, die de SSRI's als veiligere antidepressiva promoot, hier een belangrijke intermedierende actor.

Professor Claes van de universiteit Antwerpen voegt hier nog enkele verklaringen aan toe. Ten eerste is de periode tijdens de welke antidepressiva worden genomen tegenwoordig langer omdat daarmee gunstigere resultaten worden behaald. Ten tweede is het aantal indicaties waarbij antidepressiva gebruikt kunnen worden toegenomen. Vandaag worden antidepressiva ook gebruikt voor het behandelen van eetstoornissen, paniekaanvallen en dwangstoornissen. Ten slotte speelt ook de marketingcampagne van de farmaceutische bedrijven een belangrijke rol in de toename van het gebruik van antidepressiva. Huisartsen worden bewust gemaakt van de mogelijkheden van antidepressiva. Het gevolg is dat mensen onmiddellijk hun arts raadplegen in plaats van hun probleem op te lossen met gespreksbegeleiding of wat rust (Cochet, 2003).

Hoewel het gebruik van antidepressiva hoofdzakelijk iets is voor volwassenen, wordt deze medicatie tegenwoordig niet meer uitsluitend door volwassenen gebruikt. Ook kinderen en jongeren krijgen antidepressiva voorgeschreven. Dit tot ergernis van een aantal farmacologen. Antidepressiva kunnen immers leiden tot ontwikkelingsstoornissen bij kinderen of tot andere ernstige schade aan de hersenen (gezondheid NV, 2003).

In 2002 werden 23.837 voorschriften voor SSRI's verstrekt aan jongeren tussen 12 en 19 jaar (IMS Health, 2003d).

9. Conclusies

Een boek samenstellen over de evoluties in het gebruik, de markt, preventie en hulpverlening over het thema psychoactieve medicatie is geen eenvoudige opgave. Een eerste knelpunt is de definiëring van het begrip psychoactieve medicatie. Psychoactieve medicatie is de benaming voor een groep geneesmiddelen die hun hoofdwerking hebben ter hoogte van het centrale zenuwstelsel en die vooral psychische functies beïnvloeden. VAD beperkt deze groep van geneesmiddelen tot die geneesmiddelen die bij regelmatig gebruik een risico op afhankelijkheid inhouden. Op dat moment is er sprake van problematisch gebruik. Daarnaast kan gebruik van psychoactieve medicatie ook problematisch zijn wanneer personen bewust afwijken van de voorgeschreven dosis, wanneer ze de medicatie te lang en teveel innemen, wanneer ze medicatie nemen die voor iemand anders is bedoeld, wanneer ze medicatie nemen voor een andere indicatie dan waarvoor ze is bedoeld, wanneer ze geneesmiddelen combineren met alcohol of andere medicijnen of wanneer ze risico's die aan het gebruik van medicijnen zijn verbonden, negeren. In deze publicatie verstaan we onder psychoactieve medicatie analgetica of pijnstillers, psycholeptica en psychoanaleptica. We geven ook een overzicht van de middelen die gebruikt worden bij de behandeling van problematisch gebruik van illegale drugs, alcohol of tabak. Niet alle geneesmiddelen die hiervoor worden gebruikt zijn psychoactief.

Psychoactieve medicatie

Na geneesmiddelen voor het hart- en vaatstelsel worden in ons land geneesmiddelen die inwerken op het zenuwstelsel het vaakst voorgeschreven.

Binnen de categorie analgetica of pijnstillers zijn het vooral de samengestelde pijnstillers en de narcotische pijnstillers die aanleiding kunnen geven tot problematisch gebruik. Door toevoeging van codeïne of coffeïne in de samengestelde pijnstillers kan chronisch gebruik voorkomen. De narcotische analgetica zijn in feite opiaten en qua werking dus vergelijkbaar met de illegale opiaten. Door hun antagonistische of agonistische werking worden narcotische analgetica ook gebruikt bij de behandeling van problematisch alcohol- of opiaatgebruik.

De verkoop van pijnstillers is op tien jaar tijd met 10 miljoen verpakkingen gestegen. Vooral niet-narcotische pijnstillers worden verkocht en daarvan gaan hoofdzakelijk de enkelvoudige pijnstillers op basis van paracetamol over de toonbank. In 2002 bedroeg de verkoop 13 miljoen verpakkingen. Deze geneesmiddelen zijn vrij in de apotheek te verkrijgen waardoor de drempel om ze te kopen uiteraard laag is.

Onder psycholeptica verstaan we neuroleptica of antipsychotica en slaap- en kalmeringsmiddelen. In 2002 schreven de Belgische artsen 9,4 miljoen keer een voorschrift voor slaap- en kalmeringsmiddelen. Meestal worden dan benzodiazepines voorgeschreven. Hoewel internationale en nationale richtlijnen aanraden om benzodiazepines slechts voor een korte periode voor te schrijven zien we toch heel wat chronische gebruikers, vooral in de oudere bevolking. In 2002 werden er 13 miljoen verpakkingen van benzodiazepines verkocht, dat is 16% meer dan in 1992.

Antidepressiva en psychostimulantia worden geklasseerd in de categorie psychoanaleptica. Dit zijn geneesmiddelen met een opwekkende, stimulerende werking op de psyche. Het gebruik van antidepressiva kende een geweldige opgang begin jaren negentig door de opkomst van de “serotonine heropname remmers” (SSRI's). Vanaf dan kent iedereen Prozac®. Tussen 1992 en 2002 verdubbelde de verkoop van antidepressiva. Tegenwoordig worden voornamelijk de laatste nieuwe SSRI's op basis van citalopramhydromromide (bv. Cipramil®,...) en paroxetine (bv. Seroxat®,...) verkocht.

Psychostimulantia zijn reeds lange tijd goed gekend bij chauffeurs, studenten en nachtarbeiders omdat ze de vermoeidheid tegengaan en de concentratie verbeteren. Ze werden voor heel wat aandoeningen gebruikt gaande van reisziekte tot schizofrenie. Tegenwoordig is het medisch (verantwoord) gebruik van psychostimulantia beperkt tot de behandeling van narcolepsie en van aandachtstekort-hyperactiviteitsstoornis (ADHD). De stijgende verkoop van psychostimulantia is trouwens volledig toe te schrijven aan het product Rilatine®. De laatste jaren spreekt men zelfs van de Rilatine®-generatie. De verkoop van Rilatine® steeg tussen 1991 en 2002 exponentieel wat dus betekent dat de groei jaarlijks groter wordt. Rilatine® wordt in ons land vooral voorgeschreven aan jongens tussen 5 en 11 jaar.

De opvallendste feiten van de laatste tien jaar zijn de exponentiële stijging van de Rilatine-verkoop en het toenemend gebruik van antidepressiva.

Onderzoek, preventie en hulpverlening

Het valt op dat psychoactieve medicatie weinig aandacht krijgt als onderzoeksthema.

Onderzoek over (problematisch) gebruik van psychoactieve medicatie gebeurt er in België nauwelijks. Gegevens over het gebruik van psychoactieve medicatie moeten we dan ook zoeken in bevestigingen over middelengebruik in zijn ruime betekenis, in gezondheidsenquêtes of in leefsituatieonderzoek. Dit heeft tot gevolg dat geen enkele studie deze problematiek diepgaand bestudeert. Bevolkingsonderzoek heeft nog een aantal andere nadelen. Mensen geven zelf aan welke medicatie ze nemen. Het gaat dus om een persoonlijke perceptie die kan beïnvloed worden door individuele of maatschappelijke

waarden en normen en door de persoonlijke kennis over geneesmiddelen. In de gezondheidsenquête bijvoorbeeld geeft de respondent zelf aan of hij/zij slaapmiddelen, kalmeringsmiddelen of antidepressiva neemt. Sommige antidepressiva kunnen echter ook als slaapmiddel gebruikt worden. Zowel op het moment van de afname van de enquête als op het moment van de interpretatie van de data kan er dus verwarring ontstaan. In enquêtes wordt middelengebruik nogal eens onderschat. Ook bij de interpretatie van gegevens over medicatiegebruik moeten we daarmee rekening houden. Vaak wordt een onderzoek slechts eenmaal uitgevoerd waardoor we geen evoluties in de tijd kunnen schetsen. Wanneer bevolkingsonderzoek toch na een paar jaar herhaald wordt, bestaat de kans dat de vragenlijsten worden aangepast waardoor de vergelijkbaarheid van de data over de tijd bemoeilijkt wordt. Omwille van een andere vraagstelling, een andere steekproeftrekking of een afwijkende definiëring van wat onder medicatie wordt verstaan is het ook moeilijk om data uit verschillende onderzoeken met elkaar te vergelijken. De onderzoeken bij volwassenen versus de onderzoeken bij jongeren zijn daar een voorbeeld van.

Op basis van de gezondheidsenquête kunnen we zeggen dat het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen en antidepressiva toeneemt. Nochtans worden in diezelfde gezondheidsenquête minder psychologische problemen gemeld. Dat mentale problemen beter worden opgespoord of dat ook eerstelijnsartsen gemakkelijker psychoactieve medicatie gaan voorschrijven, kunnen mogelijke verklaringen zijn. 7,6% van de +15-jarige Vlamingen nam de afgelopen twee weken slaapmiddelen. 8,4 % van de mannen en 12,6% van de vrouwen tussen 45 en 64 jaar nam de afgelopen 24 uur een voorgeschreven geneesmiddel dat inwerkt op het zenuwstelsel.

Jongeren zijn een gegeerde doelgroep van onderzoek zolang ze in het secundair onderwijs zitten. Studenten in het hoger onderwijs zijn in veel mindere mate onderzoeksrespondenten. Nochtans zou net in deze groep het gebruik van medicatie om studieprestaties te verbeteren een probleem kunnen zijn.

De HBSC-studie geeft als enige vergelijkbare cijfers over het medicijngebruik bij jongeren over een langere periode namelijk 1990-2002. Het gebruik van medicatie tegen hoofdpijn is in die periode sterk toegenomen. Medicatiegebruik stijgt nog met de leeftijd. Als jongeren medicatie nemen gaat het vooral om lichte pijnstillers. Het gebruik van slaap- en kalmeringsmiddelen schommelt in 2002 in deze studie tussen de 3% en de 4%, terwijl 35% van de jongens en 46% van de meisjes de afgelopen maand een pilletje tegen hoofdpijn nam.

Ook in andere jongerenstudies zien we het gebruik van medicatie met de jaren toenemen. Uit de cijfergegevens over jongeren blijkt alvast dat het sekse-verschil in medicatiegebruik al op jonge leeftijd bestaat. Ook zien we bij hen verschillen tussen de onderwijsniveaus: meer

jongeren die in het beroepssecundair onderwijs les volgen, gebruiken medicatie. Het gebruik van lichte pijnstillers is een patroon dat door de ouders wordt doorgegeven. Voor de andere psychoactieve medicatie is de arts als voorschrijver belangrijk.

In de sector van de geneesmiddelenindustrie vinden we data over economische aspecten van geneesmiddelen namelijk de productie, de internationale handel, de verkoop, de tewerkstelling enzovoort. De objectiviteit en de waarde van deze marktgegevens roepen voor de sociale wetenschapper of voor de preventiewerker en de hulpverlener op het terrein ongetwijfeld vragen op. Verkoopsgegevens zeggen ons uitsluitend iets over de stijgende of dalende verkoop en geven geen enkele informatie over de maatschappelijke realiteit waartegen we deze stijging of daling moeten situeren. Als de verkoop van pijnstillers op basis van paracetamol toeneemt, betekent dat dan bijvoorbeeld dat mensen minder samengestelde pijnstillers kopen? In dat geval zou de toenemende verkoop een positieve evolutie zijn. Dat kunnen we onmogelijk uit de cijfers afleiden. Met verkoops cijfers weten we niets over de gebruiker of de indicatie van het gebruik.

Een voordeel is echter dat we op basis van verkoops cijfers langdurige evoluties kunnen schetsen.

De farmaceutische industrie doet het goed: de productie neemt toe, de in- en uitvoer stijgen tussen 1990 en 2001 continu en de tewerkstelling in deze sector groeit.

In 2001 gaf een Vlaams gezin gemiddeld 277 EUR uit aan medicatie. Wat het aandeel daarin is van de psychoactieve medicatie weten we niet. In verhouding tot de totale uitgaven aan gezondheidszorg zijn de uitgaven voor geneesmiddelen tussen 1995 en 2001 niet zo fel gestegen. Nochtans zijn in die tijd ook de prijzen van de geneesmiddelen toegenomen. In 2002 kost een verpakking 27% meer dan in 1997. Daar moet wel bij gezegd worden dat de verpakkingen groter zijn geworden.

Het medicijngebruik in verschillende landen met elkaar vergelijken is geen sinecure. De nationaal verschillende gezondheidszorgsystemen of een verschillend prijsbeleid maken conclusies over het meer of minder verbruik van een land niet gemakkelijk. Bovendien is het ook hier onbegonnen werk om uitsluitend de cijfers over psychoactieve medicatie bij elkaar te krijgen. Een grove conclusie is dat westerse landen de kroon spannen waar het gaat om medicijngebruik. Noord-Amerika en Europa voeren de lijst aan. Over derdewereldlanden hebben we geen statistieken.

Preventie richt zich doorgaans niet uitsluitend op de psychoactieve medicatie. Meestal wordt de problematiek zelfs opgenomen in het ruimer kader van middelengebruik (alcohol en illegale drugs). In preventie kan de doelgroep bestaan uit individuen en gericht zijn op de algemene bevolking ofwel op bepaalde risicogroepen. Het is ook mogelijk dat structurele

factoren zoals het voorschrijfgedrag van artsen aangepakt worden. Vanuit het oogpunt van een effectieve interventie dient echter zeker aandacht besteed te worden aan structurele factoren. Uit onderzoek blijkt trouwens dat het voorschrijfgedrag van artsen beïnvloed wordt door informatie van de industrie. Onafhankelijke artseninformatie of onafhankelijke artsenbezoeken kunnen daarvoor een tegengewicht bieden.

De *hulpverlening* aan personen met problematisch gebruik van psychoactieve medicatie gebeurt zeer fragmentarisch. Zij kunnen in feite overal terecht maar specifieke categoriale hulpverlening ontbreekt voor hen. De contacten met de huisarts zijn een belangrijk kanaal waarlangs problemen met medicatiegebruik kunnen vastgesteld en aangepakt worden. Anderzijds is de huisarts zelf een belangrijke initiator voor het gebruik van psychoactieve medicatie.

In de registratiesystemen van de alcohol- en drughulpverlening worden ook de cliënten met medicatieproblemen opgetekend. Zij vormen hier echter een minderheid. Mensen met problemen met psychoactieve medicatie komen waarschijnlijk niet in de eerste plaats in deze hulpverleningsinstellingen terecht. Daarnaast speelt het wellicht mee dat problematisch gebruik van medicatie lang verborgen kan blijven. Aangezien het gaat om legale producten stelt zich bijvoorbeeld geen probleem van maatschappelijke overlast waardoor anders sneller problemen aan het licht zouden komen.

Problematisch gebruik van psychoactieve medicatie

Opvallend is dat *ouderen en vrouwen* meer dan andere bevolkingsgroepen psychoactieve medicatie nemen. Ouderen gebruiken doorgaans meer medicatie omdat ze meer ziek zijn of meer gezondheidsklachten hebben. Bij ouderen stellen zich echter een aantal specifieke problemen omwille van fysiologische veranderingen die te maken hebben met het ouder worden en omdat ze vaak verschillende geneesmiddelen gebruiken. Ouderen zijn daarbij gevoeliger voor de ongewenste effecten van psychoactieve medicatie onder andere voor het risico op ongevallen, vallen of verwardheid. Toch zijn net zij belangrijke verbruikers van bijvoorbeeld benzodiazepines. In het medicijnkastje van de ouderen staan psychoactieve medicatie op de tweede plaats na de cardiovasculaire geneesmiddelen. Ook bij ouderen is het nog altijd zo dat meer vrouwen dan mannen medicatie nemen. Bij ouderen hangt het gebruik van medicatie sterk samen met de gezondheidstoestand, maar vrouwen zullen ook eerder dan mannen toch medicatie nemen als ze hun gezondheid als goed beoordelen.

Uit bevolkingsonderzoek weten we dat vrouwen meer psychologische problemen melden dan mannen. Meer vrouwen dan mannen gebruiken psychoactieve medicatie. Als verklaring vinden we in de literatuur verschillende motiveringen. Vrouwen hebben onder andere meer contacten met de gezondheidszorg en meer contact betekent ook meer kans op een

voorschrift. Artsen blijken trouwens meer geneigd om psychoactieve medicatie aan vrouwen voor te schrijven dan aan mannen. Bij vrouwen zou een goede socio-economische positie dan weer een beschermende invloed hebben op het gebruik van psychoactieve medicatie.

Daarnaast zijn ook zwangere vrouwen, kinderen en allochtonen specifieke risicogroepen voor problematisch gebruik van psychoactieve medicatie. In Nederland hebben allochtonen een hoger geneesmiddelenverbruik en hebben zij vaker problemen met onjuist of onzorgvuldig medicatiegebruik. In België vernemen we gelijkaardige signalen maar onderzoek hierover ontbreekt.

In het *verkeer* is gebruik van psychoactieve medicatie af te raden omdat de rijvaardigheid verslecht en de kans op ongevallen toeneemt. Vooral de langwerkende benzodiazepines houden een groter risico in op verkeersongevallen.

In de arbeidssector is het duidelijk dat het gebruik van psychoactieve medicatie problematisch kan zijn in de vervoerssector, het goederenbedrijf of in beroepen waar een grote waakzaamheid nodig is. Het is dan ook noodzakelijk om medicatie een plaats te geven binnen het alcohol- en drugbeleid van een bedrijf.

Ten slotte is zelfvergiftiging met medicatie een veelgebruikte methode voor suïcide. In 2000 gebeurde in de regio Gent 64% van de suïcidepogingen met slaap- en kalmeringsmiddelen. Uit de Vlaamse data van de huisartsenpeilpraktijken bleek in 2000-2001 de meest voorkomende methode om een zelfmoordpoging te ondernemen een overdosis medicatie nemen.